



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***Η διαχείριση του πόνου σε χρόνιους ασθενείς,
νοσηλευτικές διεργασίες***

Φοιτήτρια

ΤΣΙΑΜΟΥΡΑ ΓΑΒΡΙΗΛΙΑ ΔΗΜΗΤΡΑ

(ΑΜ:18547)

Επιβλέπουσα:

Dr. Ζωίτσα Κωνσταντή

Ιωάννινα

2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
1.1 ΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ-ΟΡΙΣΜΟΙ.....	10
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	11
1.2.1 ΘΕΩΡΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΥΛΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ.....	12
1.3. ΕΙΔΗ ΠΟΝΟΥ.....	13
1.3.1 ΧΡΟΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	13
1.3.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	15
1.5 ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ ΠΟΝΟΥ.....	17
1.5.1 ΗΛΙΚΙΑ.....	17
1.5.2. ΦΥΛΟ.....	18
1.5.3. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΟΝΟΥ.....	18
1.5.4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	19
1.6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	20
1.6.1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	20
1.6.2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	20
1.6.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	21
1.6.4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ.....	21
1.7. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	25
1.7.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	25

1.7.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	30
1.7.3. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	31
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ.....	37
2.1. ΧΡΟΝΙΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ-ΟΡΙΣΜΟΣ.....	38
2.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ.....	39
2.2.1 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ.....	39
2.2.2. ΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	40
2.2.3 Η ΚΟΥΡΑΣΗ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ.....	43
2.2.4. ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ.....	44
2.3. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ.....	45
ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ.....	46
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	47
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ.....	47
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	48
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	49
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ.....	51
3.1. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	52

3.1.1. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	52
3.1.2. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	53
3.1.3. ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	55
3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	59
3.2.1. ΩΣ ΜΕΣΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	60
3.2.2. ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ.....	60
3.3. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	62
3.4. Η ΑΝΑΓΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ -ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	64
ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ<<ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ>>.....	68
ΣΚΟΠΟΣ.....	69
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ.....	69
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	69
PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS FOR CHRONIC PAIN: EVIDENCE, RATIONALE AND ADVANTAGES.....	70
Chronic-non cancer pain management by nurses in specialist pain clinics.....	72
Vitamin D deficiency in patients with inflammatory bowel disease.....	73
Medical herbs in the treatment of neuropathic pain: a review.....	75
Effect of Acupuncture on chronic pain with depression: a systematic review.....	77

Psychological intervention influence patients attitudes and beliefs about the chronic pain.....	79
Efficacies of self-hypnosis on quality of life for children with chronic pain syndrome.....	81
Virtual reality as an adjunct home therapy in chronic pain management: an exploratory study.....	83
Preliminary evaluation of the efficacy, safety and costs associated with the treatment of chronic pain with medical cannabis.....	85
Effectiveness of fixed-site high frequency transcutaneous electrical nerve stimulation in chronic pain: a large scale, observational study.....	87
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	90
ΠΕΜΤΟ ΜΕΡΟΣ.....	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στην ζωή των ανθρώπων.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η διερεύνηση της διαχείρισης του χρόνιου πόνου σε χρόνιους ασθενείς και ο ρόλος κοινότητα που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές στην αντιμετώπιση του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από άρθρα, βιβλία, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός, όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν <<διαχείριση του χρόνιου πόνου>>(management of chronic pain), <<χρόνιος πόνος και νοσηλευτικός ρόλος>>(chronic pain and nursing role), <<χρόνιος πόνος και ψυχοθεραπεία>>(chronic pain and psychotherapy), <<χρόνιος πόνος και εναλλακτική ιατρική>>(chronic pain and alternative medicine), <<ύπνωση και χρόνιος πόνος>>(hypnosis and chronic pain).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δείχνουν πως όλο και περισσότεροι νοσηλευτές έχουν γνώσεις πάνω στο κομμάτι του πόνου, και ψάχνουν περαιτέρω θεραπείες για να μπορούν να ανακουφίσουν τους ασθενείς, αλλά και να διαχειριστούν τον πόνο τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Οι νοσηλευτές λόγω του επαγγέλματος τους δημιουργούν ένα κλίμα εμπιστοσύνης με τον ασθενή και έτσι με αυτό τον τρόπο μπορούν να ανακαλύπτουν, αλλά και να εκπαιδεύονται στο να εφαρμόζουν διάφορες εναλλακτικές μεθόδους σε συνδυασμό με την φροντίδα που παρέχουν.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Πόνος, αντιμετώπιση του πόνου, διαχείριση του πόνου, νοσηλευτικές διεργασίες και ανακουφιστική φροντίδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία, είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, στην επιλογή του θέματος σημαντικό ρόλο συνετέλεσε το γεγονός πως όλοι οι άνθρωποι στην ζωή τους έχουν νιώσει κάποια στιγμή έναν πόνο εξαιτίας κάποιας αρρώστιας, είτε μιας αγχώδους κατάστασης, είτε επειδή υπήρχε κάποιο παθολογικό αίτιο. Ο κάθε άνθρωπος περιγράφει διαφορετικά τον πόνο που έχει βιώσει, συνεπώς είναι πολύ σημαντικό να δοθεί μία έγνοια στο πως μπορεί ο άνθρωπος να διαχειριστεί τον πόνο του, αλλά και να τον αντιμετωπίσει.

Σε κάθε άνθρωπο είναι γνωστή η εμπειρία του πόνου , το τι όμως είναι ο πόνος είναι ακόμη δύσκολο να το καθορίσουμε. Ο πόνος είναι ένα δυναμικό φαινόμενο, το οποίο δέχεται πολλές και διαφορετικές ερμηνείες ανάλογα με το επιστημονικό υπόβαθρο του κάθε ερευνητή. Σίγουρα, ο πόνος επηρεάζει την καθημερινότητα, αλλά και την λειτουργικότητα και την ψυχολογία των ατόμων , αλλά παράλληλα μειώνει και την παραγωγικότητα τους.

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, θα περιλαμβάνει τα συμπτώματα του πόνου, την φυσιολογία του, τα είδη του, καθώς και την διάκριση του σε οξύ και χρόνιο, την αντίληψη και την αξιολόγηση του ,και την διαχείριση του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο ποιος καλείται χρόνιος πάσχοντας, ποια είναι τα συμπτώματα των χρόνιων πασχόντων και πως θα πρέπει να γίνεται η διαχείριση των συμπτωμάτων που θα έχουν οι χρόνιοι πάσχοντες.

Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η διαχείριση του χρόνιου πόνου ,καθώς και στο πώς συμβάλλει ο νοσηλευτής στην διαχείριση του, και τέλος γίνεται αναφορά στην ανακουφιστική νοσηλευτική, καθώς και η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε αυτήν.

Στο τέταρτο κεφάλαιο- ερευνητικό μέρος γίνεται μια προσπάθεια διερεύνησης της διεθνούς βιβλιογραφίας με την παράθεση 10 άρθρων σχετικών με το υπό μελέτη θέμα.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν αναλγητικό φάρμακο για τους πόνους ήταν οι Σουμέριοι περί το 5000π.Χ. και ήταν φυσικά το όπιο. Γραπτές μαρτυρίες για την χρησιμοποίηση του <<φυτού της ευτυχίας>> σε διάφορους πόνους, υπάρχουν στις Σουμεριακές πινακίδες με την χαρακτηριστική σφηνοειδή γραμμή. Την χορήγηση του όπιου για την αντιμετώπιση του πόνου, την εφάρμοσαν και όλοι οι μετέπειτα πολιτισμοί που αναπτύχθηκαν στην Μεσοποταμία και γενικά στην Μέση Ανατολή. Πολλά χρόνια μετά, οι Αιγύπτιοι το 1500π.Χ. περίπου, περιέγραφαν στον πάπυρο του Ebers τις αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες ενός νέου φαρμάκου που προερχόταν από τον φλοιό της ιτιάς (*Salix alba*). Το συστατικό που περιείχε ήταν η σαλικίνη, όπως αποδείχθηκε αιώνες αργότερα, η οποία είναι μια ουσία που στον οργανισμό μεταβολίζεται σε σαλικυλικό οξύ, που αποτελεί τη βάση του μορίου της ασπιρίνης. Την συνέχεια της ιστορίας του πόνου την ανέλαβαν οι Έλληνες. Πρώτα στην μυθολογία τους δημιούργησαν την θεά Ποινή, έναν δαίμονα που τιμωρούσε τους ανθρώπους που έκαναν ανήθικες πράξεις. Ο θεός Απόλλωνας π.χ. στέλνει την Ποινή μεταμορφωμένη σε δράκο στους Αργείους για να τους τιμωρήσει που σκότωσαν τον γιο του Λίνο. Η λέξη πόνος προέρχεται ετυμολογικά από το όνομα της θεάς Ποινής και από αυτήν προήλθε και η αγγλική λέξη pain, διαμέσου του λατινικού roena και του γαλλικού reïne. Για πρώτη φορά στο ξεκίνημα της 1^{ης} χιλιετίας, την εποχή του αυτοκράτορα Τιβέριου, περιγράφεται από τον Ρωμαίο γιατρό και εγκυκλοπαιδιστή Aulus Cornelius Celsus τα κλινικά ευρήματα του φλεγμονώδους πόνου σαν Dolor, Rubor, Calor και Tumor(πόνος, ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα) στο φημισμένο σύγγραμμά του De Medicina. Είναι ο πρώτος που αναφέρει ότι οι πληγές πρέπει να καθαρίζονται καλά πρώτα με νερό και μετά να πλένονται με ξύδι. Σύμφωνα με την παραδοσιακή Κινέζικη ιατρική, όταν ένας άνθρωπος είναι υγιής τότε το Yin και το Yang του, οι δύο αντίθετες δυνάμεις που καθορίζουν την αρμονία του σώματος και της ψυχής του, ευρίσκονται σε ισορροπία. Για να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει το Chi, μία ενέργεια που κυκλοφορεί σε ολόκληρο το σώμα, να μην παρακωλύεται στην ροή της. Το Chi ρέει στο σώμα σε 14 ενεργειακά μονοπάτια ή οδούς που ονομάζονται μεσημβρινοί. Οι μεσημβρινοί συνδυάζονται μεταξύ τους, καθώς και με τα πέντε βασικά στοιχεία, που είναι το ξύλο, η φωτιά, η γη, το μέταλλο και το νερό(Γεωργιάδης,2016)

ΜΕΡΟΣ Α

1.1ΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ-ΟΡΙΣΜΟΙ

Η υποκειμενική φύση του πόνου ορίστηκε το 1979 από τη Διεθνή Εταιρεία Μελέτης του Πόνου(International Association for the Study of Pain), σύμφωνα με τον οποίο <<πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών>>. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, ο πόνος είναι πάντα μια προσωπική εμπειρία που επηρεάζεται σε διάφορους βαθμούς από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και ότι ο πόνος θεωρείται η αδυναμία να επικοινωνήσει κάποιος που αυτή η αδυναμία δεν θα μπορούσε να αναιρέσει την πιθανότητα ότι ένας άνθρωπος ή ένα μη ανθρώπινο ζώο βιώνει πόνο(Gbandi,2011)

Η Margo McCaffery(1968) έδωσε τον ορισμό του πόνου για τον νοσηλευτικό κλάδο λέγοντας το εξής<<ότι ο πόνος είναι ό,τι λέει το άτομο που το βιώνει>>, αυτό αποδεικνύει ότι ο πόνος γίνεται κατανοητός και εντελώς διαφορετικός σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση. Ο ορισμός αυτός του πόνου υποδεικνύει ότι οι επώδυνες εμπειρίες εξαρτώνται από το άτομο που το βιώνει και ότι κανένας άλλος δεν είναι γνώστης να γνωρίζει ή να κατανοεί πως αισθάνεται κάποιος εξαιτίας του πόνου, για αυτό κιόλας ο πόνος είναι υποκειμενικός(Cole,2002)

1.2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος θεωρείται να έχει προστατευτικό και προειδοποιητικό ρόλο που μπορεί να είναι φυσικής ή ψυχικής προέλευσης. Η μεταφορά της αίσθησης του πόνου γίνεται μέσω των νευρικών απολήξεων που ονομάζονται αλγυποδοχείς. Οι αλγυποδοχείς είναι δενδριτικές απολήξεις των αισθητήριων νεύρων και βρίσκονται σε όλους τους ιστούς του σώματος, εκτός από τον εγκέφαλο, όπως στο δέρμα, στους μύες και στα σπλάχνα. Επιπλέον, αυτοί οι υποδοχείς είναι ευαίσθητοι σε θερμικά, χημικά αλλά και επώδυνα ερεθίσματα. Κάθε υποδοχέας του πόνου συνδέεται με ένα νέυρο, και όταν αυτός ο υποδοχέας διεγερθεί, αυτό θα ενεργοποιηθεί, πυροδοτώντας μια ηλεκτρική ώση κατά μήκος. Οι ηλεκτρικές ώσεις που δίνουν γένεση στο αίσθημα του πόνου μεταφέρονται με δύο είδη ινών: τις ίνες ταχείας και τις ίνες βραδείας αγωγιμότητας (Baird et al,2010)

Ο Fordham(1986) πρότεινε τρεις τύπους νεύρων που ασχολούνται με τη μετάδοση του πόνου:

- Οι ίνες Α-βήτα εμμύελες ίνες, οι οποίες έχουν μεγάλη διάμετρο και μεταφέρουν κυρίως την επιπολής αφή ή και την αίσθηση της κίνησης και υπάρχουν κυρίως σε περιοχές που νευρώνουν το δέρμα. Σε υγιή άτομα η δραστηριότητα αυτών των ινών δεν παράγει πόνο.
- Οι ίνες Α-δέλτα, εμμύελες ίνες, οι οποίες έχουν μικρή διάμετρο, είναι ταχείας αγωγιμότητας και μεταφέρουν τα ερεθίσματα του οξέος εστιασμένου πόνου και της θερμοκρασίας.
- Οι ίνες C, αμμύελες ίνες, οι οποίες έχουν μικρή διάμετρο, είναι βραδείας αγωγιμότητας και μεταφέρουν τα ερεθίσματα του διάχυτου και βύθιου πόνου, της θερμοκρασίας και του κνησμού (Dennis and Herta,2006)

Τα επώδυνα ερεθίσματα μεταφέρονται από τους υποδοχείς στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού. Από τα κύτταρα του οπίσθιου κέρατος αρχίζει ο δευτερεύον νευρώνας, ο άξονας του οποίου, ανέρχεται προς τα πάνω στο αντίθετο ήμισυ του νωτιαίου μυελού με το νωτιαιοθαλαμικό δωμάτιο. Τα δύο είδη δεματίων που περιγράφονται είναι το νωτιαιοθαλαμικό και το παλαιονωτιαιοθαλαμικό. Το νωτιαιοθαλαμικό αφορά την ένταση και την εντόπιση του πόνου, ενώ το παλαιονωτιαιοθαλαμικό έχει σχέση με το διεγερτικό και συγκινησιακό του στοιχείο. Το

νωτιαιοθλαμικό τερματίζει στον πυρήνα του θαλάμου, ενώ το παλαιονωτιαιοθλαμικό καταλήγει στο δικτυωτό σχηματισμό. Αλλά και κατερχόμενες ίνες από το στέλεχος του εγκεφάλου προς διάφορα κέντρα του νωτιαίου μυελού φαίνεται να έχουν σχέση με τη ρύθμιση του πόνου. Από τους πυρήνες μέσω του τριτεύοντος νευρώνα καταλήγει στο φλοιό των βρεγματικών και μετωπιαίων λοβών όπου γίνεται η αντίληψη και η απεικόνιση του πόνου (Baird et al,2010)

Η αγωγή του πόνου γίνεται μέσω ορισμένων ουσιών που δρουν ως νευροδιαβιβαστές, όπως: η ακετυλοχολίνη, η σεροτονίνη, η ουσία P, η ισταμίνη, τα λευκοτρίνια και οι προσταγλανδίνες, αυτά έχουν την ιδιότητα να διεγείρουν τους υποδοχείς του πόνου ή να αυξάνουν την ευαισθησία τους(Baird et al,2010)

1.2.1 ΘΕΩΡΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΥΛΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ

Το 1965, οι Melzack και Wall, διατύπωσαν την θεωρία της <<πύλης>>, σύμφωνα με την οποία, υποστηρίζει ότι τα διάφορα ερεθίσματα υφίστανται τροποποίηση στο επίπεδο συνάψεων του νωτιαίου μυελού, καθώς άλλα περνούν πιο εύκολα προς τον εγκέφαλο, ενώ άλλα αποκλείονται. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, στον νωτιαίο μυελό υπάρχουν μηχανισμοί που μπορούν να κλείνουν και να ανοίγουν τις <<πύλες>> προς τα ερεθίσματα των αλγουνποδοχέων. Όταν η πύλη είναι ανοιχτή, τα ερεθίσματα μεταφέρονται μέσω του δευτερεύοντος νευρώνα, ενώ όταν η πύλη είναι κλειστή τα ερεθίσματα δεν μεταφέρονται και δεν καταλήγουν στο σωματοαισθητικό κέντρο(Dennis and Herta,2006)

1.3 ΕΙΔΗ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος ανάλογα με την χρονική διάρκεια που θα έχει καθορίζεται σε οξύ και χρόνιο πόνο. Ανάλογα με τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς του καθορίζεται σε αλγαισθητικό πόνο(σωματικό και σπλαγχνικό), νευροπαθητικό πόνο(κεντρικό και περιφερικό) και ψυχογενή πόνο.

1.3.1 ΧΡΟΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Οξύς πόνος

Ο οξύς πόνος είναι ο πόνος που μπορεί να προκληθεί από τραυματισμό ή από μια χειρουργική επέμβαση. Οι αιτίες που προκαλούν την ιστική βλάβη είναι αναστρέψιμοι. Ο οξύς πόνος δεν διαρκεί πάνω από τρεις μήνες, πληροφορεί το άτομο ότι κάτι δεν πάει καλά. Η εμφάνιση του συνήθως είναι αιφνίδια και συνοδεύεται από αυξημένη μυϊκή τάση και άγχος. Ο αιφνίδιος έντονος πόνος ενεργοποιεί το νευρικό σύστημα και προκαλεί σημεία συμπαθητικής υπερδραστηριότητας, όπως, ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης, διαστολή κόρης, και εφίδρωση. Ο οξύς πόνος βοηθά στην επούλωση του τραυματισμένου ιστού, καθώς προστατεύει και μειώνει το άγχος στον τραυματία. Αυτή η προστασία γίνεται, καθώς το σημείο, το οποίο έχει υποστεί βλάβη μπορεί να δράσει σε εξωτερικά ερεθίσματα, όπως είναι η κίνηση και το άγγιγμα που αυτά μπορούν να βοηθήσουν στην επούλωση των ιστών (Merskey et al,1994)

Ο οξύς πόνος σε αντίθεση με τον χρόνιο πόνο, αποτελεί έναν ύψιστο συναγερμό του σώματος ότι <<κάτι δεν πάει καλά με το σώμα μας>>. Με τον οξύ αυτό πόνο, που οι άνθρωποι αισθάνονται μετά από έναν τραυματισμό ή μια ζημιά ενός ιστού, ο οργανισμός εμποδίζει να τραυματίσουμε παραπέρα το σώμα μας. Όταν ο πόνος δεν σταματά, ακόμη και με την επούλωση της πληγής ή νιώθουμε τον πόνο σαν <<καρφί>>, τότε μιλάμε για χρόνιο πόνο(Merskey et al,1994)

Χρόνιος πόνος

Ο χρόνιος πόνος είναι ο πόνος που διαρκεί πάνω από τρεις μήνες ή μπορεί να επιμένει πέρα του αναμενόμενου φυσιολογικού χρόνου επούλωσης. Η έναρξη του μπορεί να έχει χαρακτηριστικά οξέος πόνου, μπορεί να επανεμφανιστεί λόγω υποτροπών ή εξάρσεων της βλάβης, καθώς και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την καθημερινή λειτουργικότητα και μπορεί να οδηγήσει σε άγχος, κούραση και ευερεθιστικότητα(Merskey et all,1994)

Ο χρόνιος πόνος οφείλεται σε κακή λειτουργία του οργανισμού, επίσης μπορεί να οφείλεται στη δυσλειτουργία υποδοχέων από την εκτεταμένη βλάβη των ιστών. Ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί καμία προστατευτική βιολογική λειτουργία. Ωστόσο, όμως υπάρχουν κάποιες χρόνιες παθήσεις που είναι το αποτέλεσμα αυτής της βλάβης όπως είναι το προχωρημένο στάδιο του καρκίνου, μία εκφυλιστική νόσος(αρθρίτιδα) (Merskey et all,1994)

Ο χρόνιος πόνος χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

- Υποτροπιάζων πόνος: χαρακτηρίζεται από διακοπτόμενα επεισόδια πόνου(π.χ. ημικρανίες)
- Χρόνιος πόνος που σχετίζεται με κακοήθεια: προκαλείται από ασθένειες απειλητικές για την ζωή ή από τις θεραπευτικές μεθόδους(π.χ. καρκινικός πόνος)
- Χρόνιος πόνος μη σχετιζόμενος με κακοήθεια: δεν σχετίζεται με ασθένειες απειλητικές για την ζωή(π.χ. ινομυαλγία) (Merskey et all,1994)

1.3.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Αλγαισθητικός πόνος

Ο αλγαισθητικός πόνος οφείλεται σε βλάβη των περιφερικών, σωματικών και σπλαγχνικών ιστών χωρίς να θίγεται η νευρική οδός ή το νευρικό σύστημα ή να συμμετέχει λόγω παθολογίας ή δυσλειτουργίας του. Πιο ειδικά οφείλεται σε διέγερση των τελικών περιφερικών αλγουποδοχέων από τη βλάβη των επιχωρίων σωματικών ιστών. Ο πόνος μεταφέρεται κεντρικά με τις ίνες Αδ και τις ίνες C. Διακρίνεται σε σωματικό και σπλαγχνικό.

- Ο σωματικός πόνος, προέρχεται από ερεθισμό των αλγουποδέχων των πασχόντων σωματικών ιστών. Άγεται κεντρικά κυρίως με τις ίνες Αδ και με τις ίνες C. Είναι συνήθως πόνος οξύς, συνεχής, σταθερός, διαξιφιστικός και εντοπισμένος.
- Ο σπλαγχνικός πόνος μεταφέρεται κυρίως με τις ίνες C και λιγότερο με τις Αδ ίνες. Ο σπλαγχνικός πόνος είναι βύθιος, αμβλύς, συνεχής, διάχυτος και ασαφής. Μπορεί να συμμετέχει το συμπαθητικό σύστημα ή να είναι αναφερόμενος ή προβαλλόμενος σε άλλη περιοχή που έχει την ίδια εμβρυολογική προέλευση με το πάσχον όργανο π.χ. η καρδιά αντανακλά τον πόνο στο αριστερό άνω άκρο και η χολοκυστοπάθεια προβάλλει τον πόνο στην ωμοπλάτη(Thienaus,2002)

Νευροπαθητικός πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος προέρχεται από οργανική βλάβη ή δυσλειτουργία του νευρικού ιστού. Το άλγος μεταφέρεται κεντρικά με την ίδια κεντρική νευρική οδό όπως και ο αλγαισθητικός πόνος. Ο Διεθνής Οργανισμός Μελέτης του Πόνου(IASP) ορίζει, το νευροπαθητικό πόνο ως πόνο που προκαλείται από βλάβη ή νόσο του

σωματοαισθητικού νευρικού συστήματος είτε περιφερικά(περιφερικός νευροπαθητικός πόνος) είτε κεντρικά(κεντρικός νευροπαθητικός πόνος) (Irving,2005)

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να διαχωριστεί σε περιφερικό και κεντρικό νευροπαθητικό πόνο. Ο περιφερικός νευροπαθητικός πόνος ενεργοποιείται ή προκαλείται από πρωτογενή βλάβη ή δυσλειτουργία του περιφερικού νευρικού συστήματος, ενώ ο κεντρικός νευροπαθητικός πόνος προέρχεται από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Στα αίτια του περιφερικού νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνονται: η διαβητική περιφερική νευροπάθεια(επώδυνη ΔΠΝ), η λοίμωξη έρπητα ζωστήρα(MEN- μεθερπητική νευραλγία), η ριζοπάθεια(οσφυαλγία), ο τραυματισμός με χειρουργική επέμβαση(μετατραυματικός και μετεγχειρητικός πόνος) και ο καρκίνος(καρκινικός πόνος). Στα αίτια του κεντρικού νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η βλάβη του νωτιαίου μυελού και η σκλήρυνση κατά πλάκας(Irving,2005)

Ψυχογενής πόνος

Ο ψυχογενής πόνος είναι μια αμφισβητούμενη οντότητα για μερικούς. Οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια και δεν διαπιστώνεται αιτιώδης οργανική βλάβη ή νευροανατομική συσχέτιση στη συμπτωματολογία του. Πολλές φορές συγχέεται κατά πόσο ο ψυχικός παράγων προκαλεί τον πόνο ή ο πόνος προκαλεί τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τον ορισμό του, ο πόνος δεν μπορεί να διαχωρισθεί σε σωματικό και ψυχικό, αλλά είναι μια ενιαία και <<συμπαγής>> οντότητα. Παρόλα αυτά, οι αμφίδρομες ενδογενείς αλληλεπιδράσεις θα πρέπει να τονισθούν και να είναι εμφανείς στην κλινική πράξη. Οι πονοκέφαλοι, οι μυϊκοί πόνοι, ο πόνος στην πλάτη και ο πόνος στο στομάχι είναι οι πιο συνηθισμένοι πόνοι αυτής της διαταραχής(Covington,2000)

1.5. Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αντίληψη του πόνου είναι το αποτέλεσμα μιας σύπλοκης αλληλεπίδρασης συναισθηματικών, γνωσιακών και αισθητηριακών στοιχείων. Σύμφωνα με τον Hunter, η εμπειρία του πόνου βιώνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο λόγω τριών χαρακτηριστικών: της έντασης της γενεσιουργού αιτίας, της προηγούμενης έκθεσης σε παρόμοιο ερέθισμα και της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου. Η ένταση του ερεθίσματος που απαιτείται για την ενεργοποίηση των αλγυποδέχων του κάθε ατόμου ονομάζεται ουδός του πόνου. Ο ουδός του πόνου διαφέρει από άτομο σε άτομο και μάλιστα δεν διατηρείται σταθερός σε όλο το φάσμα της ζωής. Γονιδιακοί, περιβαλλοντικοί και συναισθηματικοί παράγοντες μπορεί να τροποποιήσουν τον ουδό του πόνου προς όφελος ή εις βάρος του ασθενούς, όπως επιβεβαιώθηκε σε μία πρόσφατη έρευνα. Τα ευρήματα της έρευνας παρουσίασαν ότι <<η ευαισθησία κάποιου στον πόνο ελέγχεται από έναν γονιδιακό <<θερμοστάτη>>, καθώς και ότι αυτός ο θερμοστάτης ρυθμίζεται από τον τρόπο ζωής και τις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Το συμπέρασμα αυτό καθιστά σαφές ότι ο ουδός του πόνου μπορεί να αλλάξει στην πορεία της ζωής ενός ανθρώπου. Επιπλέον, τα άτομα που έχουν χαμηλό ουδό στον πόνο είναι πιθανότερο να υποφέρουν από χρόνιο πόνο κάποια στιγμή στη ζωή τους(Παρλαπάνης,1999)

1.5.1 ΗΛΙΚΙΑ

Ο άνθρωπος από την νεαρή του ηλικία είναι σε θέση να μπορεί να αναγνωρίζει τον πόνο, καθώς και να τον περιγράφει. Η αντίδραση των παιδιών στον πόνο διαφέρει ανάλογα με την ηλικία τους και μπορεί να εξαρτώνται από το γνωστικό τους επίπεδο και από προηγούμενη εμπειρία πόνου. Επιπλέον, καθώς η αντιληπτική και η συναισθηματική ικανότητα μεταβάλλονται από ηλικία σε ηλικία, δημιουργείται ένα άλλο πλαίσιο αναφοράς αντίληψης του πόνου. Μέσα από μελέτες παρουσιάζεται ότι οι ηλικιωμένοι, είναι πιο ευαίσθητοι στον πόνο όταν τον αντιληφθούν και υποφέρουν εντονότερα και για μακρύτερο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, τα νεογνά, και τα παιδιά που μπορεί να μην έχουν την ικανότητα να εκφράσουν τον πόνο, δεν σημαίνει ότι δεν πονάνε ή ότι δεν χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση του πόνου(McGrath,1994)

1.5.2. ΦΥΛΟ

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες αισθάνονται τον πόνο είναι διαφορετικός. Οι ορμόνες που έχουν τα δύο αντίθετα φύλα παίζουν σημαντικό ρόλο και αυτές είναι οι γοναδικές στεροειδείς ορμόνες, οι οποίες παράγονται στις ωοθήκες και εξίσου στους όρχεις. Αυτές οι ορμόνες επηρεάζουν τον πόνο, καθώς γιατί δρουν στις αναπαραγωγικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές λειτουργίες των φύλων. Επιπλέον, οι ορμόνες αυτές επηρεάζουν τα νευρολογικά τμήματα που έχουν σχέση με τη δράση των οπιοειδών στην αναλγησία. Έτσι, οι άνδρες έχουν εντονότερο πόνο σωματικό πόνο π.χ. σε έναν τραυματισμό, σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες έχουν μεγαλύτερη ανοχή και εμπειρία στον πόνο λόγω της εμμηνόρροιας, αλλά και της εγκυμοσύνης(McGrath,1994)

1.5.3 ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΟΝΟΥ

Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει, έχει βιώσει ποίκιλα ερεθίσματα που προκαλούν πόνο και διαφέρουν στην ένταση, στην ποιότητα, στη διάρκεια και στην τοποθεσία. Ο άνθρωπος για να μπορέσει να ανακουφίσει τον εαυτό του από κάθε πόνο που μπορεί να αισθανθεί, μαθαίνει τρόπους για να μπορέσει να τον αντιμετωπίσει. Τα παιδιά όταν έχουν ένα μικρό τραυματισμό, όπως π.χ. η γρατσουνιά, το οίδημα μπορούν να καταλάβουν τι είναι, γιατί καθώς μεγαλώνουν και ωριμάζουν γίνεται λιγότερο δυσάρεστη η αίσθηση του πόνου. Οι ενήλικες μπορούν να περιγράψουν ένα ερέθισμα με διαφορετικό τρόπο ακόμα και αν αυτό το ερέθισμα ήταν ίδιο με κάποιο άλλο στο παρελθόν. Επομένως, οι προηγούμενες εμπειρίες που σχετίζονται με τον πόνο επηρεάζονται και από πολλούς ψυχολογικούς παράγοντες, οπότε η αντίληψη του πόνου δεν γίνεται να προσδιορίζεται μόνο από έναν παράγοντα(McGrath,1994)

1.5.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η διάγνωση και η θεραπεία του πόνου είναι ένα τεράστιο θέμα που απασχολεί τη δημόσια υγεία και τον πληθυσμό παγκοσμίως. Ο αφόρητος πόνος δυσχεραίνει την καθημερινότητα, την εργασία και την κοινωνική ζωή του κάθε ανθρώπου και μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικές συμπεριφορές και αυτοκτονικές τάσεις και σκέψεις. Η

έκθεση σε επιβλαβείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ενισχύει τη συσσώρευση των ορμονών του άγχους, του στρες και της κορτιζόλης, οι οποίες σχετίζονται με πολλές ασθένειες. Ο αυξανόμενος επιπολασμός και η νοσηρότητα του πόνου, καθώς και η περιορισμένη πρόσβαση σε φάρμακα και θεραπείες, καθιστά την αντιμετώπιση του πόνου βασική προτεραιότητα της δημόσιας υγείας παγκοσμίως (Goldberg, McGee, 2011)

Η οικογένεια παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην αντίληψη και στην αξιολόγηση του πόνου, καθώς τα παιδιά πολλές φορές μπορούν να αξιολογήσουν τον πόνο ανάλογα με τις αντιδράσεις των γονιών τους. Υπάρχουν διαφορετικές συμπεριφορές ανάμεσα στον πόνο που αντιλαμβάνονται οι άνδρες με τις γυναίκες. Δηλαδή τα αγόρια μαθαίνουν να μην εκφράζουν τον πόνο λεκτικά, για να μην φαίνονται ευάλωτοι, ενώ οι γυναίκες είναι επιτρεπτό να εκφράζουν ελεύθερα τον πόνο που βιώνουν (Goldberg, McGee, 2011)

1.6.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η εκτίμηση του πόνου είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση του μεγέθους του της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής. Τα περισσότερα Ιατρεία Πόνου χρησιμοποιούν ειδικό ερωτηματολόγιο και δελτίο εξέτασης, ώστε να έχουν μία ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του αρρώστου. Υπάρχουν τρεις πηγές πληροφοριών για την εκτίμηση του πόνου: το ιστορικό, η φυσική εξέταση και οι διαγνωστικές εξετάσεις(Baird et all,2010)

1.6.1 Ιστορικό

Το πλήρες και λεπτομερές ιστορικό του πόνου πρέπει να διερευνά την ένταση, την προέλευση καθώς και την παθοφυσιολογία του πόνου. Οι πληροφορίες από τον άρρωστο, τους συγγενείς ή και τον γιατρό που παραπέμπει τον ασθενή στο ιατρείο του πόνου, πρέπει να δίνουν απαντήσεις , το που πονά ο άρρωστος, ποια είναι η ένταση του πόνου , ποιοι είναι οι παράγοντες που ενισχύουν ή αμβλύνουν τον πόνο, καθώς και ποιοι μηχανισμοί πρόκλησης του πόνου. Εάν ο άρρωστος είναι με χρόνιο πόνο θα πρέπει να επιμείνουμε σε ερωτήσεις που αφορούν , τον επαγγελματικό, οικονομικό, κοινωνικό , αλλά και ψυχολογικό τομέα(Baird et all,2010)

1.6.2 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η φυσική εξέταση γίνεται με τη λήψη του ιστορικού του πόνου και τον εντοπισμό του επώδυνου σημείου. Η φυσική εξέταση αφορά την συγκέντρωση ανατομικών ευρημάτων που σχετίζονται άμεσα με τον πόνο, αλλά που και ενδεχομένως είναι άνευ σημασίας για τον πάσχοντα. Κατά την διάρκεια της φυσικής εξέτασης, απαραίτητες είναι οι ερωτήσεις προς τον ασθενή που σχετίζονται με την ένταση του πόνου, τη χρονική του διάρκεια, τους επιβαρυντικούς παράγοντες, αλλά και τι τον ανακουφίζει τον ασθενή. Επίσης, μπορεί να γίνει και αναζήτηση συναισθηματικών, κοινωνικών αλλά και ψυχολογικών αιτιών(Baird et all,2010)

1.6.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Μετά την ολοκληρωμένη διάγνωση του πόνου με το πλήρες ιστορικό και τη φυσική εξέταση, ακολουθούν οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες προσφέρουν στοιχεία για την προέλευση του πόνου. Αυτές είναι:

- Το ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Οι εργαστηριακές εξετάσεις(αιματολογικές, βιοχημικές κ.ά.)
- Οι απεικονιστικές εξετάσεις
- Το σπινθηρογράφημα
- Το ηλεκτρονευρογράφημα
- Το ηλεκτρομυογράφημα(Cole et al,2010)

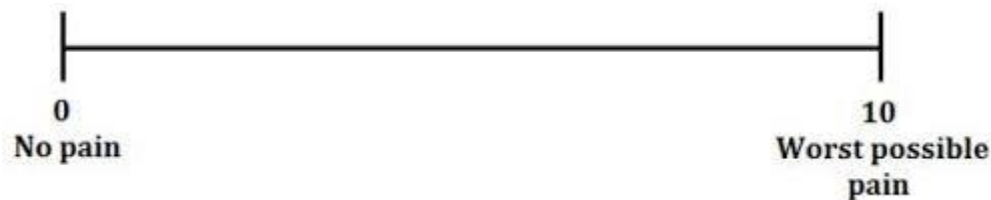
1.6.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί ένα κριτικό ζήτημα για την αποτελεσματική διαχείριση του και αντιμετώπιση του. Υπάρχουν πολλά διαφορετικά εργαλεία, αλλά και τρόποι μέτρησης που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση όλων των παραμέτρων του πόνου, έχοντας στόχο την άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση και την ανακούφιση του πάσχοντα. Όταν γίνεται η επιλογή ενός εργαλείου αξιολόγησης του πόνου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, η σωματική, συναισθηματική , αλλά και γνωστική κατάσταση του ασθενούς, καθώς και οι προσωπικές προτιμήσεις. Παρακάτω θα αναφερθούν κάποια από τα εργαλεία μέτρησης του πόνου(Αργυρά και συν,2006)

ΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ- Visual Analogue scales(VAS)

Οι κλίμακες οπτικού αναλόγου, μετρούν αξιόπιστα την ένταση του πόνου, έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην έρευνα και στην κλινική πράξη και αποτελούνται κατά κανόνα από μία ευθεία γραμμή, μήκος συνήθως 10cm, οριζόντιας ή κάθετης διάταξης και στα τελικά άκρα αυτής περιγράφονται οι λέξεις <<καθόλου πόνος>> και <<χειρότερος πόνος που μπορεί να φανταστεί>>. Ο ασθενής καλείται να τοποθετήσει ένα σημάδι στο σημείο της γραμμής που κατά τον ίδιο αντιπροσωπεύεται καλύτερα η ένταση της αξιολογούμενης διάστασης(τόσο σε ηρεμία όσο και κατά τη διάρκεια

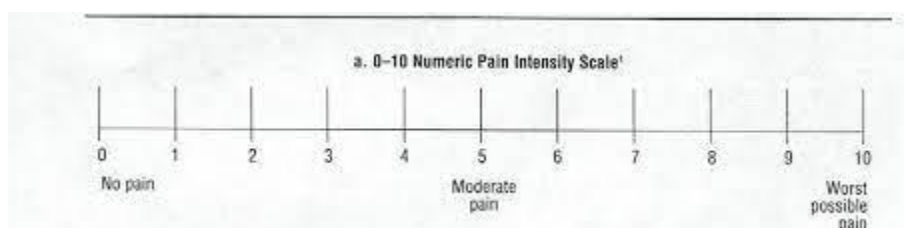
κίνησης), με γνώμονα την απόσταση του σημείου από τα δύο άκρα. Η αξιολόγηση της έντασης γίνεται μέσω της μέτρησης της απόστασης του σημείου από το χαμηλότερο άκρο της κλίμακας, σε χιλιοστά, με τα προτεινόμενα όρια να είναι: 0-4mm(καθόλου ένταση), 5-44mm(ήπια ένταση), 45-75mm(μέτρια ένταση) και 75-100mm(πολύ υψηλή ένταση)(Haefeli and Elfering,2006)



Εικόνα 1: Κλίμακα VAS

ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ-NUMERICAL RATING SCALE(NRS)

Η αριθμητική κλίμακα αποτελεί παραλλαγή της κλίμακας οπτικού αναλόγου, με βασική διαφορά το ότι διαθέτει διαστήματα ,τα οποία χαρακτηρίζονται από αριθμούς, μεταξύ των οποίων καλείται να επιλέξει ο ασθενής. Οι ασθενείς υποδεικνύουν πόσο έντονος είναι ο πόνος σε μια κλίμακα από 0 έως 10, όπου 0 τυπικά αντιπροσωπεύει <<καθόλου πόνος>>, 5 <<μέτριος πόνος>> και 10 <<ο χειρότερος πόνος που μπορεί να φανταστεί>>(Haefeli and Elfering,2006)



Εικόνα 2: Κλίμακα NRS

ΛΕΚΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ-VERBAL RATING SCALE(VRS)

Η λεκτική, περιγραφική κλίμακα αποτελεί παραλλαγή της κλίμακας οπτικού αναλόγου, με βασική διαφορά το ότι διαθέτει διαστήματα , τα οποία χαρακτηρίζονται από λεκτικούς χαρακτηρισμούς, μεταξύ των οποίων καλείται να επιλέξει ο ασθενής. Χρησιμοποιούνται από τέσσερα έως έξι επίθετα, για να περιγράψουν αυξανόμενα επίπεδα έντασης του πόνου(καθόλου πόνος, ήπιος, ενοχλητικός, φοβερός ή αβάστακτος πόνος). Συνήθως, χρησιμοποιείται η VRS που αποτελείται από τέσσερις περιγραφές έντασης του πόνου όπως: καθόλου, ελαφρύς, μέτριος και σοβαρός(Haefeli and Elfering,2006)

Κατηγορική λεκτική κλίμακα - categorical verbal rating scale (VRS)

Place a straight, up and down mark on this line to show how much pain you have.

The diagram shows a horizontal line with vertical end caps. Below the line are five labels: "No Pain", "Little Pain", "Medium Pain", "Large Pain", and "Worst Possible Pain".

Εικόνα 3: Κλίμακα VRS

ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΟΝΟΜΗΣΗΣ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΕΙΑ-FACES PAIN SCALE(FPS)

Οι κλίμακες εκφράσεων πόνου αποτελούνται από μια σειρά διαδοχικών εικόνων, που απεικονίζουν διαφορετικές εκφράσεις προσώπου για τα διαφορετικά επίπεδα της έντασης της επιθυμητής διάστασης. Ο ασθενής καλείται να επιλέξει την έκφραση που αντιπροσωπεύει καλύτερα την ένταση του πόνου που βιώνει. Περιλαμβάνουν, συνήθως μία σειρά από έξι εκφράσεις προσώπου, που ποικίλλουν από ένα γελαστό πρόσωπο που αντιπροσωπεύει την έλλειψη του πόνου, μέχρι ένα δακρυσμένο πρόσωπο που αντιστοιχεί στον χειρότερο δυνατό πόνο. Οι ασθενείς σημειώνουν το πρόσωπο που αντανακλά καλύτερα την ένταση του πόνου τους. Παρόλο που σχεδιάστηκε για χρήση στον παιδιατρικό πληθυσμό, πρόσφατες μελέτες έδειξαν χρησιμότητα σε ενήλικες, ιδιαίτερα αυτούς με γνωσιακά προβλήματα (Haefeli and Elfering, 2006)



Εικόνα 4. Κλίμακα FPS

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ McGill Pain Questionnaire(MRQ)

Είναι ένα αυτό-αναφερόμενο μέτρο του πόνου που χρησιμοποιείται για ασθενείς με διάφορες διαγνώσεις. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ογδόντα περιγραφικές λέξεις που χαρακτηρίζουν τον πόνο, οι οποίες χωρίζονται σε ομάδες και ο ασθενής πρέπει να επιλέξει μία λέξη από την κάθε ομάδα, ως αυτή που χαρακτηρίζει το δικό του πόνο. Κάθε απάντηση έχει μία βαθμολογία και όλα μαζί αθροίζονται και δίνουν ένα σύνολο, το οποίο θεωρείται ως δείκτης αξιολόγησης του πόνου. Επίσης, μετρούνται ο αριθμός των λέξεων που επιλέχθηκαν από τον ασθενή και η ένταση του

παρόντος πόνου σε μια κλίμακα βασισμένη από το ένα έως το πέντε. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται κυρίως για την εκτίμηση του πόνου των χρόνιων πασχόντων(Melzack,1987)

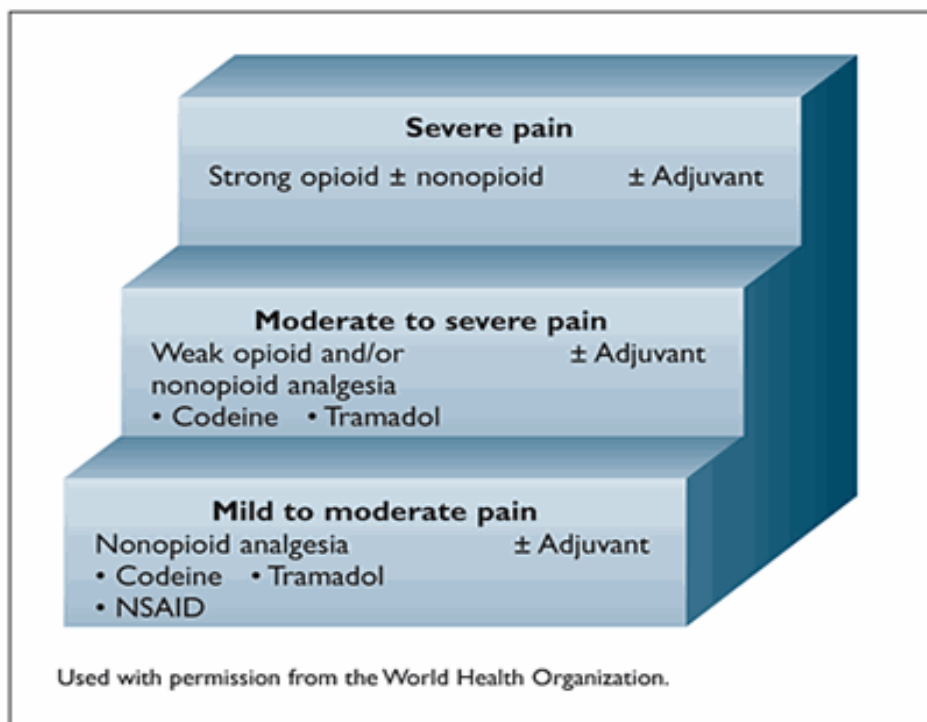
1.7.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Είναι γνωστό ότι οι αλγούντες ασθενείς παρουσιάζουν μια τεράστια ποικιλία και διαφοροποίηση συμπεριφορών, καθώς και ότι βιώνουν πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Αυτή η διαπίστωση οδήγησε τους επιστήμονες στο να μπορέσουν να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων και κλινικών εφαρμογών, με βασικό γνώμονα των προσπάθειών τους στην διατήρηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών που πονούν, αλλά και το περιβάλλον τους. Έτσι παρακάτω θα αναλύσουμε κάποιους τρόπους διαχείρισης του πόνου(Breivik et all, 2006)

1.7.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα: όπου σε ήπιο με ανεχτικό πόνο χορηγούνται μη οπιοειδή αναλγητικά, κωδεΐνη , τραμαδόλη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, σε ανεχτικό με σοβαρό πόνο χορηγούνται οπιοειδή ή μη οπιοειδή αναλγητικά, καθώς και κωδεΐνη και τραμαδόλη και τέλος σε σοβαρό πόνο χορηγούνται ισχυρά οπιοειδή και μη οπιοειδή αναλγητικά.

FIGURE 1. World Health Organization analgesic ladder



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(World Health Organization)

Η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί τη βασική μέθοδο αντιμετώπισης του πόνου. Οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού για το πώς θα παίρνουν τα φάρμακά τους, αλλά και αν τυχόν παρουσιάσουν κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια. Τα φάρμακα, τα οποία συμπεριλαμβάνονται στην φαρμακευτική αγωγή, είναι αυτά που θα εξετάσουμε και παρακάτω όπως: τα ναρκωτικά ή οπιοειδή, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα(ΜΣΑΦ), τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιεπιληπτικά(Watson,1994)

ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

Όπιο ονομάζεται ο αποξηραμένος γαλακτώδης χυμός που προέρχεται από ένα είδος παπαρούνας, που ονομάζεται <<μήκων η υπνοφόρος>>, με την συλλογή και την ξήρανση του οπίου. Το όπιο περιέχει περίπου 25 αλκαλοειδή, ενώ έχει περιεκτικότητα 10-12% μορφίνη, από την οποία εξαρτάται η φαρμακευτική του

παρενέργεια. Τα οπιοειδή σύμφωνα με τη χημική δομή τους διακρίνονται σε φυσικά αλκαλοειδή(μορφίνη, κωδεΐνη), και συνθετικά αλκαλοειδή(όπως, μεπεριδίνη, φαιντανύλη, λεβορφανόλη, μεθαδόνη και προποξυφαΐνη). Επίσης, ταξινομούνται σε αγωνιστές και αγωνιστές-ανταγωνιστές που έχουν αγωνιστική δράση σε ένα τύπο υποδοχέα των οπιούχων και αγωνιστική-ανταγωνιστική δράση σε άλλον(Patricia, McGrath, 2003)

Τα οπιοειδή, χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση μέτριου έως σοβαρού οξέος πόνου. Η κυριότερη δράση τους είναι, ο έλεγχος του έντονου άλγους ποικίλης αιτιολογίας που δεν αντιμετωπίζεται με τα μη οπιοειδή αναλγητικά. Επίσης, τα οπιοειδή χορηγούνται σε αρρώστους με χρόνιο πόνο που οφείλεται σε κακοήθεια. Τα οπιοειδή προκαλούν ευφορία, δυσφορία, καταστολή, ναυτία, έμετο, δυσκοιλιότητα και ζάλη. Σε πιο υψηλές δόσεις μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή και υπόταση(Patricia, McGrath,2003)

ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ(ΜΣΑΦ)

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του πόνου ήπιας έως μέτριας έντασης, έχουν αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και αντιπυρετική δράση. Τα ΜΣΑΦ δρουν στις απολήξεις των περιφερικών νεύρων, καθώς αναστέλλουν τον πόνο παρεμβαίνοντας σε δύο ένζυμα που είναι απαραίτητα για τη σύνθεση των προσταγλανδινών, την κυκλοοξυγενάση τύπου 1(COX-1) και την κυκλοοξυγενάση τύπου 2(COX-2). Τα ΜΣΑΦ αποτελούν θεραπεία εκλογής για τον πόνο ήπιας έως μέτριας έντασης. Παραδείγματα ΜΣΑΦ είναι η ασπιρίνη, η ιβουπροφαΐνη και η σελεκοξίμη(Kokki,2003)

Τα ΜΣΑΦ σχετίζονται με ερεθισμό του γαστρικού τοιχώματος. Επίσης, σχετίζονται με αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και δεν συνιστώνται σε άτομα με νεφρική ή ηπατική νόσο, αιμορραγικές διαταραχές και πεπτικό έλκος. Η μακροπρόθεσμη χρήση των ΜΣΑΦ τείνει να προκαλέσει νεφροτοξικότητα(Vane,1987)Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των ΜΣΑΦ στα παιδιά, είναι πολύ σπάνιες, παρ' όλα αυτά είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε τις ανεπιθύμητες ενέργειες για να είμαστε σε θέση να τις αντιμετωπίσουμε, σε περίπτωση που εμφανιστούν. Η χρήση των σαλικυλικών(ασπιρίνης) σε παιδιά με ιογενείς ασθένειες, αναφέρεται ότι σχετίζεται

με αυξημένο κίνδυνο του συνδρόμου Reye, το οποίο χαρακτηρίζεται από εγκεφαλοπάθεια και εκφυλισμό του ήπατος(Vane,1987)

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, ακόμη και αν ο ασθενής δεν πάσχει από κατάθλιψη. Στα αντικαταθλιπτικά, περιλαμβάνονται τα τρικυκλικά που είναι παλαιότερα φάρμακα και είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης(SSRI) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, που είναι τα νεότερα φάρμακα(SNRI). Η παροξετίνη και η φλουοξετίνη ανήκουν στα SSRI's και η βενλαφαξίνη , και η ντουλοξετίνη στα SNRI's. Ο μηχανισμός με τον οποίο τα εν λόγω φάρμακα εξουδετερώνουν τον πόνο δεν είναι πλήρως κατανοητός. Τα αντικαταθλιπτικά ασκούν τη δράση τους με ποικίλους τρόπους , αυξάνουν τη συγκέντρωση ορισμένων νευροδιαβιβαστών που μπορούν να μειώνουν στο νωτιαίο μυελό τα νευρικά μηνύματα που έχουν σχέση με τον πόνο(Watson, 1994)

Τα SSRI και τα SNRI είναι ανεκτικά φάρμακα, αλλά μπορεί να έχουν κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως: αυπνία, υπνηλία, πονοκέφαλο, ζαλάδα, άγχος, εφίδρωση, υπογλυκαιμία, μείωση των επιπέδων του νατρίου, ναυτία και ξηροστομία. Σε ηλικίες κάτω των 18 ετών, η έναρξη της αγωγής μπορεί να αυξήσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό, προτού υποχωρήσει η κατάθλιψη και γι' αυτό χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση(Watson,1994)

ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση νευρολογικών και ψυχικών διαταραχών. Η δράση τους έχει διαπιστωθεί ότι είναι χρήσιμη και για τον χρόνιο πόνο. Η γκαμπαπεντίνη (Neurintin), η πρεγκαμπαλίνη (Lyrica) και η καρβαμαζεπίνη (Tegretol), θεωρούνται πως έχουν αποτέλεσμα στον νευροπαθητικό πόνο και ότι η τοπιραμάτη βοηθά στην αντιμετώπιση της ημικρανίας(Ryder,2005)

Η πρεγκαμπαλίνη(Lyrica) χρησιμοποιείται για την θεραπεία χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, κεντρικού ή περιφερικού, π.χ. η χρόνια οσφυαλγία, ο χρόνιος μετατραυματικός πόνος , η μεθερπητική νευραλγία. Η τοπιραμάτη, έχει την δυνατότητα να μειώνει την συχνότητα της ημικρανίας σε πολλούς πάσχοντες, καθώς μπορεί και να μειώσει την ένταση και τη διάρκεια των κρίσεων ημικρανίας(Ryder,2005) Ο τρόπος με τον δρουν τα αντιεπιληπτικά φάρμακα δεν είναι πλήρως κατανοητός. Παρ' όλα αυτά, έχει ερευνηθεί ότι μπορούν να ηρεμούν τα νευρικά κύτταρα ,καθώς χαμηλώνουν το επίπεδο δραστηριότητας των νευρικών κυττάρων και έτσι μειώνουν τα μηνύματα πόνου που μεταφέρουν προς τον εγκέφαλο. Επίσης, στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται: η ζαλάδα, η μείωση του επιπέδου προσοχής, η διπλωπία, πονοκέφαλος, εμετοί και αναγούλες(Ryder,2005)

1.7.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Όταν άλλες μέθοδοι έχουν αποτύχει στην προσπάθεια αντιμετώπισης του πόνου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως λύση η χειρουργική επέμβαση. Στις χειρουργικές επεμβάσεις αντιμετώπισης περιλαμβάνονται:

- Χορδοτομή: Συνίσταται στη χειρουργική τομή των προσθιοπλάγιων δεμάτων του νωτιαίου μυελού με σκοπό τη διακοπή της μετάδοσης του πόνου(Lemone,2006)
- Νευρεκτομή: Νευρεκτομή καλείται, η χειρουργική αφαίρεση ή καταστροφή κάποιου νεύρου και χρησιμοποιείται κάποιες φορές για την αντιμετώπιση του πόνου, όπως για την ανακούφιση από τον πόνο της νευραλγίας τριδύμου. Περιφερική νευρεκτομή σημαίνει διατομή του νεύρου σε οποιοδήποτε σημείο περιφερικά του νωτιαίου μυελού(Lemone ,2006)
- Συμπαθεκτομή: Κατά τη συμπαθεκτομή, τα συμπαθητικά γάγγλια, συνήθως της οσφυϊκής και της οπίσθιας τραχηλικής χώρας καταστρέφονται με διήθηση ή με τη χειρουργική δομή τους δεδομένου, ότι τα συμπαθητικά νεύρα παίζουν σημαντικό ρόλο στη γένεση και μετάδοση της αίσθησης του πόνου. (Lemone,2006)
- Ριζοτομή: συνίσταται στη χειρουργική διατομή των οπίσθιων ριζών του νωτιαίου μυελού, χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο κεφαλής, του τραχήλου ή ακόμα και των πνευμόνων(Lemone,2006)

Ωστόσο, όλες αυτές οι επεμβατικές μέθοδοι δεν χρησιμοποιούνται συχνά. Νεότερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση του πόνου έχουν καταστήσει τις επεμβατικές θεραπείες ανώφελες στις περισσότερες των περιπτώσεων. Με τις χειρουργικά εμφυτευμένες αντλίες φαρμάκου, αλλά και διεγερτών νεύρου, χορηγείται κατευθείαν στον νωτιαίο μυελό(ενδορραχιαίος) μια δόση φαρμάκου, έτσι ώστε οι ασθενείς να μην παρουσιάζουν παρενέργειες από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Θα μπορούν να

ακολουθούν την καθημερινή ροή του προγράμματος τους, ενώ ταυτόχρονα θα ανακουφίζονται από τον πόνο(Lemone ,2006)

1.7.3. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ιατρική έχει αποδείξει ότι υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές μη φαρμακολογικές μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέσο στην ανακούφιση του πόνου. Η χρήση τους αυξάνει την αποτελεσματικότητα της αναλγητικής αγωγής, καθώς μπορεί να μειώσει τη συχνότητα χορήγησης της. Η διαφορά της ιατρικής είναι ότι οι εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι βασίζονται στο ότι είμαστε μια ενότητα σκέψης και σώματος και όχι ένα σύνολο από διαφορετικά όργανα. Αποτελούμαστε από συστήματα ενέργειας που διατρέχουν στο σώμα μας και όταν κάτι δεν πάει καλά με την λειτουργία τους , εμφανίζουμε συμπτώματα, παθήσεις αλλά και χρόνια προβλήματα υγείας. Παρακάτω θα αναλύσουμε κάποιες από τις εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους.

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Ο βελονισμός είναι μία θεραπευτική μέθοδος που βασίζεται στην παραδοσιακή κινέζικη ιατρική. Αποτελεί μία ολοκληρωμένη και πολύπλοκη θεραπευτική τεχνική, η οποία βασίζεται στην ανώδυνη τοποθέτηση βελονών σε σαφώς καθορισμένα σημεία του δέρματος. Ο βελονισμός περιλαμβάνει τη χρήση λεπτών βελονών που εισέρχονται στο δέρμα σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος, τα οποία διεγείρονται με σκοπό την ενίσχυση της ροής της ζωτικής ενέργειας κατά μήκος των οδών που ονομάζονται μεσημβρινοί. Τα σημεία αυτά είναι δυνατόν να διεγερθούν και με την τοποθέτηση και αφαίρεση των βελονών, με την εφαρμογή θερμότητας, μαλάξεων ή ακόμη και τη χρήση λείζερ. Ο βελονισμός ενδείκνυται για κεφαλαλγίες, ημικρανίες, νευραλγία του τριδύμου και παράλυση του προσωπικού νεύρου, πόνοι αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, οσφυαλγία , οστεοαρθρίτιδα, μυαλγία, ινομυαλγία, σκλήρυνση κατά πλάκας και μυασθένεια Gravis(Dorsher,2011)

ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ

Στην ομοιοπαθητική η θεραπεία επέρχεται με τα ομοιοπαθητικά φάρμακα, τα οποία είναι ουσίες που προέρχονται από την φύση(φυσικής, ζωτικής ή ορυκτής προέλευσης), παρασκευάζονται με φυσικό τρόπο και δεν έχουν σχέση με τα χημικά φάρμακα. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα ενεργούν πάνω σε ολόκληρο τον οργανισμό , ενισχύοντας τον αμυντικό του μηχανισμό με αποτέλεσμα τη θεραπεία και την γενικότερη ανανέωση και κατά συνέπεια την εξαφάνιση των επί μέρους συμπτωμάτων. Ο σύγχρονος ομοιοπαθητικός αντλεί τα στοιχεία που χρειάζονται από μια βάση δεδομένων που συνδέει τα φάρμακα με συγκεκριμένες ομάδες συμπτωμάτων και με συγκεκριμένα προφίλ(Simpson,2015)

ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ

Η ρεφλεξολογία είναι μια μορφή φυσιοθεραπείας που έχει να κάνει με την άσκηση πίεσης στα πέλματα, τα αυτιά και τα χέρια. Στο πέλμα μας υπάρχουν νευρικές απολήξεις, στις οποίες οι ειδικοί ασκούν πιέσεις και με αυτές τις πιέσεις προκαλείται ένα <<αντανακλαστικό>> ερέθισμα σε κάθε σημείο του σώματος ξεχωριστά, με αποτέλεσμα να διεγείρεται το νευρικό και αμυντικό σύστημα του οργανισμού. Η ρεφλεξολογία βοηθά το σώμα να θεραπεύσει τον εαυτό του, βελτιώνοντας την κυκλοφορία του αίματος, μειώνοντας το στρες και τον πόνο και επαναφέροντας την ισορροπία του σώματος(Booth and Trevelyan,1994)

ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αρωματοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί από τα αρχαία χρόνια για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων από την αυπνία και την κατάθλιψη , μέχρι την επούλωση τραυμάτων και την ίαση λοιμώξεων. Η κλινική αρωματοθεραπεία είναι η θεραπευτική χρήση των αιθέριων ελαίων. Όλα τα αιθέρια έλαια έχουν ένα άρωμα και μια χημική σύσταση που μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά διεργασιών που επηρεάζουν τη διαδικασία της επούλωσης. Ένα άρωμα έχει την ικανότητα να διεγείρει το οσφρητικό σύστημα και οι συνέπειες της οσμής έχουν ως αποτέλεσμα μια άμεση αντίδραση. Η αίσθηση της όσφρησης παίζει σημαντικό ρόλο στην επιβίωση του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς

και στην ποιότητα της ζωής του. Τα αιθέρια έλαια συμβάλλουν στη μείωση του στρες που προκαλείται στους ασθενείς λόγω της διαχείρισης μιας χρόνιας πάθησης. Επίσης, έχει φανερωθεί ότι η χρήση των αιθέριων ελαίων μπορούν να μειώσουν κάποιες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη(π.χ. έλκη, απώλεια ακεραιότητας του δέρματος) (Metin et all,2017)

ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είναι μια μορφή θεραπείας ομιλίας που βοηθά τους ανθρώπους να αναγνωρίσουν και να αναπτύξουν δεξιότητες για να αλλάξουν αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές. Η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία λέει ότι τα άτομα δημιουργούν τις δικές τους εμπειρίες , συμπεριλαμβανομένου και του πόνου. Και ότι με την αλλαγή των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών τους, οι άνθρωποι μπορούν να αλλάξουν την επίγνωση του πόνου και να αναπτύξουν καλύτερες δεξιότητες αντιμετώπισης, ακόμα και αν το πραγματικό επίπεδο του πόνου παραμένει το ίδιο. Η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν τον πόνο τους, καθώς γιατί οι ασθενείς βοηθούνται στο να μάθουν και να αποκτήσουν συγκεκριμένες δεξιότητες που μπορούν να χρησιμοποιούν για το υπόλοιπο της ζωής τους. Ο βασικός πυρήνας της γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

- Η γνωστική λειτουργία επηρεάζει την συμπεριφορά.
- Η γνωστική λειτουργία μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί.
- Οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές(Ridder et all, 2008)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα για την κατανόηση, τη βελτίωση και τη διαχείριση του χρόνιου πόνου, τα οποία όλα καταλήγουν ότι η θεραπευτική άσκηση είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος καταπολέμησης του χρόνιου πόνου, μέσω της οποίας μπορεί να επιτευχθεί η βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή

και η αποκατάσταση των δυνατοτήτων του, έτσι ώστε να μπορεί να εκτελεί ευχάριστα τις καθημερινές και επαγγελματικές του δραστηριότητες(Kisner, 2017)

Οι ειδικοί , αφού αξιολογήσει κινησιολογικά τον ασθενή με χρόνια πόνο, σχεδιάζουν εξειδικευμένα και εξατομικευμένα προγράμματα θεραπευτικής άσκησης , τα οποία επικεντρώνονται συνολικά στο ανθρώπινο σώμα και όχι μόνο στην περιοχή του πόνου, διότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο εμφανίζουν ελλείμματα στη συνολική σωματική τους λειτουργία, στη βάδιση τους, στα κινητικά πρότυπα τα οποία χρησιμοποιούν , και αυτό συμβαίνει διότι προσπαθούν να αποκτήσουν μία στάση και μία κίνηση στην οποία θα περιορίζεται ο πόνος τους. Η θεραπευτική άσκηση είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου , η οποία σε συνδυασμό με την ενεργό συμμετοχή του ασθενή τον απαλλάσσει από τον χρόνια πόνο και αποκαθιστά τις λειτουργικές του ικανότητες , κάνοντας τον να νιώσει ξανά δυνατός και δημιουργικός κάτι το οποίο εκτός από την απόδοση του, βελτιώνει ταυτόχρονα τη διάθεση και την ψυχική του υγεία(Kisner, 2017)

Το πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης που αφορά τους χρόνιους ασθενείς περιλαμβάνει ασκήσεις για την βελτίωση της δύναμης, της ευελιξίας και της αντοχής, καθώς μπορεί να μειώσει και τον κίνδυνο του καρδιαγγειακού και μεταβολικού συνδρόμου(Kisner, 2017)

ΠΕΡΙΣΠΑΣΜΟΣ

Ο περισπασμός ή η επικέντρωση της προσοχής του αρρώστου μακριά από τις επώδυνες αισθήσεις, μπορεί να είναι αποτελεσματικές μέθοδοι στην ανακούφιση του πόνου ή στην αύξηση της ανοχής του αρρώστου στον πόνο, καθιστώντας τον έτσι λιγότερο ενοχλητικό. Υπάρχουν πολλά είδη περισπασμού από την απλή πρόληψη μονοτονίας ως τη χρήση πολύ πολύπλοκων φυσικών και διανοητικών δραστηριοτήτων(Johnson, 2005)

Η αποτελεσματικότητα του περισπασμού εξαρτάται από το βαθμό με τον οποίο ο άρρωστος μπορεί να πάρει και να δημιουργήσει αισθητικές εισροές άλλες εκτός του πόνου. Ως κανόνας, η ανακούφιση του πόνου είναι ευθέως ανάλογη προς την άμεση συμμετοχή του αρρώστου ,τον αριθμό των αισθητικών ερεθισμάτων που χρησιμοποιούνται και το ενδιαφέρον του αρρώστου στα ερεθίσματα(Johnson, 2005)

Πολλοί άρρωστοι επινοούν δικές τους στρατηγικές περισπασμού, τις οποίες ο νοσηλευτής πρέπει να υποστηρίζει και να βοηθά τον άρρωστο να τις βελτιώνει. Μια τεχνική περισπασμού μπορεί να χρησιμοποιήσει κασετόφωνο με ακουστικά , να διαλέξει μια μουσική και να κρατά ρυθμό κτυπώντας το δάχτυλο του ή κουνώντας το κεφάλι του. Για οπτική εισροή μπορεί να επικεντρωθεί σε ένα αντικείμενο ή να κλείσει τα μάτια του και να φανταστεί κάτι για τη μουσική, όπως χορό με αυτή τη μουσική. Ο άρρωστος μπορεί να αυξήσει ή να ελαττώνει την ένταση της μουσικής ανάλογα με το βαθμό του πόνου που βιώνει(Johnson, 2005)

ΥΠΝΩΣΗ

Η ύπνωση είναι μια θεραπευτική τεχνική που προϋποθέτει έντονη σχέση του ασθενή με τον θεραπευτή, ώστε να δεχθεί ο πρώτος να εγκαταλείψει τον έλεγχο του και χρησιμοποιείται για τρεις κύριους λόγους: για τον έλεγχο συγκεκριμένων συμπτωμάτων, π.χ. πόνος, για την αποκάλυψη απωθημένου στο ασυνείδητο υλικό , δηλαδή σαν επιπρόσθετη βοήθεια στην αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και για διάφορους διαγνωστικούς λόγους. Κατά την ύπνωση ο θεραπευτής καλεί τον ασθενή να χαλαρώσει και να εστιάσει την προσοχή του στον εσωτερικό του κόσμο, να χρησιμοποιήσει τη φαντασία του για να τροποποιήσει τις αντιλήψεις , τις σκέψεις και τα συναισθήματα του. Η ύπνωση πρόκειται για μια ευχάριστη κατάσταση χαλάρωσης και εσωτερικής συγκέντρωσης. Ο ασθενής παραμένει ξύπνιος , ελέγχει τις σκέψεις και τις πράξεις του. Στην ουσία βρίσκει ανακούφιση και καταπράυνση, επειδή η προσοχή του αποσπάται και απομακρύνεται από αυτά που τον ενοχλούν είτε πρόκειται για πόνο ή για άγχος(Τελειώνη, 2009)

ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ

Το θεραπευτικό άγγιγμα είναι ένας είδος εναλλακτικής θεραπείας. Είναι μια τεχνική, η οποία χρησιμοποιείται από εξειδικευμένα άτομα. Τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν τα χέρια τους για να κατευθύνουν την ανθρώπινη ενέργεια για σκοπούς θεραπείας, ανακούφισης του πόνου, για χαλάρωση και αποβολής του στρες. Είναι μια

ανθρώπινη προσέγγιση από επαγγελματίες υγείας, σε ασθενείς, σε σχέση με τα συνηθισμένα πρωτοκόλλα που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση του πόνου(Marta,2010)

BIOΑΝΑΔΡΑΣΗ

Βιοανάδραση ή βιολογική ανατροφοδότηση(biofeedback) είναι μια μέθοδος με την οποία διδάσκεται ο έλεγχος διάφορων αυτόματων βιολογικών του σώματος με τη βοήθεια ειδικών μηχανημάτων, που τις καταγράφουν και τις απεικονίζουν κατά τέτοιο τρόπο ώστε να γίνονται κατανοητές και αντιληπτές από τον ασθενή. Η θεραπεία βιοανάδρασης είναι μια τεχνική που βοηθά τους ανθρώπους να βελτιώσουν την υγεία τους μέσω του ελέγχου των λειτουργιών που συμβαίνει φυσιολογικά και ακούσια στο σώμα, όπως ο καρδιακός ρυθμός, η αρτηριακή πίεση, η μυϊκή ένταση και η θερμοκρασία του σώματος. Ειδικά ηλεκτρόδια τοποθετούνται σε διαφορετικά σημεία του σώματος για να μετρήσουν τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση ή άλλες λειτουργίες. Σε μια οθόνη φαίνονται τα αποτελέσματα(Roditi,2011)

ΓΕΛΙΟ

Με το γέλιο αυξάνεται η έκκριση ορισμένων <<καλών>> ορμονών, των ενδορφινών και της σεροτονίνης , που αποτελούν τα φυσικά οπιούχα του οργανισμού. Οι ενδορφίνες βοηθούν στην μείωση του πόνου, καθώς έχουν αναλγητική δράση. Επίσης, οι ενδορφίνες και η σεροτονίνη χαρακτηρίζονται και ως οι <<ορμόνες της χαράς>>, καθώς βοηθούν στο αίσθημα της ευφορίας και την μείωση του άγχους. Επίσης, μειώνεται η κορτιζόλη, η ορμόνη του στρες. Μελέτες που έχουν γίνει σε πάσχοντες από χρόνιο πόνο και σε καρκινοπαθείς, έδειξαν ότι το γέλιο και το χαμόγελο, μπορούν να είναι αποτελεσματικά στη διαχείριση του πόνου(Tse,2010)

ΜΕΡΟΣ Β

2.1 ΧΡΟΝΙΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ-ΟΡΙΣΜΟΣ

Χρόνιος ασθενής ορίζεται το άτομο στο οποίο η ασθένεια του επιμένει ένα μήνα πέρα από τη συνηθισμένη πορεία, και επηρεάζει ένα σημαντικό τμήμα του σώματος του και σπάνια θεραπεύεται εντελώς. Η χρόνια ασθένεια μπορεί να εμποδίσει την ανεξαρτησία, αλλά και να δημιουργήσει περιορισμούς στη δραστηριότητα των ασθενών. Τα άτομα με χρόνια πάθηση συνήθως πιστεύουν ότι έχουν απαλλαγεί από την ασθένεια όταν δεν έχουν συμπτώματα. Παρόλα αυτά χωρίς συμπτώματα δεν σημαίνει ότι η χρόνια ασθένεια έχει αντιμετωπισθεί. Οι χρόνιοι πάσχοντες μπορούν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της ασθένειας τους μέσω κάποιων διαδικασιών όπως: να τρώνε υγιεινά, να αποφεύγουν την κατανάλωση αλκοόλ, αλλά και να γυμνάζονται συχνά (Cruz-Cunha, 2013)

2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ(ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ)

Κάθε χρόνια ασθένεια που υπάρχει έχει και την ιδιομορφία της, καθώς γιατί επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το κάθε άτομο και την οικογένεια του. Τα συμπτώματα της κάθε χρόνιας ασθένειας διαφέρουν αλλά εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: είναι οι παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια(π.χ., η σοβαρότητα της αρρώστιας, η φύση της, καθώς και το είδος της θεραπείας), οι παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που έχει εμφανιστεί η αρρώστια στην ζωή του ατόμου(π.χ., νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία), και τέλος, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες(π.χ., η ηλικία, το φύλο, η προσωπικότητα και το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο). Εν συνεχεία θα αναλυθούν ορισμένα συμπτώματα που έχουν παρατηρηθεί σε χρόνιους πάσχοντες(Cruz- Cuhna, 2013)

2.2.1 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια προβληματική κατάσταση για το άτομο για πολλούς λόγους. Ο πόνος περιγράφεται πολλές φορές ως μια προσωπική εμπειρία ενός ατόμου, στην οποία κανένας άλλος δεν έχει άμεση πρόσβαση και αντικειμενική αξιολόγηση. Η επίδραση του χρόνιου πόνου στον ασθενή, τείνει να είναι πιο σοβαρή από αυτή του οξύ πόνου, καθώς γιατί συχνά επηρεάζει βαθιά την διάθεση, την προσωπικότητα, και τις κοινωνικές σχέσεις του ασθενή, προκαλώντας έτσι κοινωνικό στρες. Τα άτομα με χρόνια πόνο συνήθως εμφανίζουν συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου, κόπωση με αποτέλεσμα μειωμένη σωματική λειτουργία , καθώς και ανικανότητα για εργασία. Επιπλέον, εμφανίζονται αλλαγές στη γνωστική λειτουργία, στην προσωπικότητα και στις κοινωνικές σχέσεις του ασθενή(Phillips et all,2001)

Τα αρνητικά συναισθήματα, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και ο φόβος που σχετίζονται με τον πόνο, οδηγούν τους ασθενείς με χρόνια πόνο σε καταστροφολογικές σκέψεις έχοντας ως αποτέλεσμα την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία. Η καταστροφολογία του πόνου συνδέεται και με την ανεπαρκή ιατρική αντιμετώπιση. Έχει οριστεί γενικά, ως ένας αρνητικός

προσανατολισμός ως προς την αίσθηση και την εμπειρία πόνου και συνδέεται ,με την αναπηρία και την ανικανότητα(Phillips et all,2001)

2.2.2 ΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

- **ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ**

Πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες βιώνουν, ένα είδος σωματικής εξασθένισης. Η σωματική εξασθένιση εξαρτάται βέβαια από το είδος της ασθένειας, αλλά μπορεί να συμπεριλάβει αυξημένα ανησυχητικά συμπτώματα όπως πόνο, παράλυση, ακράτεια, κτλ. Για παράδειγμα τα άτομα με διαβήτη, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιακές παθήσεις, τύφλωση, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, και προβλήματα με την κυκλοφορία που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε ακρωτηριασμό(Brod,1998)

Ασθενείς με χρόνιες ασθένειες συχνά έχουν ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος τους ειδικά όταν η ασθένεια τους ή η θεραπεία τους προκαλεί σωματικές αλλαγές στην λειτουργικότητα τους. Η μαστεκτομή για παράδειγμα, που συνίσταται στην χειρουργική αφαίρεση του σκόπου με σκοπό την πρόληψη ή την θεραπεία του καρκίνου προκαλεί φυσικές επιπτώσεις όπως : ουλές, πόνους και μυϊκές τάσεις. Αυτές οι δυσάρεστες αισθήσεις υπενθυμίζουν στο άτομο την εμπειρία της αφαίρεσης του μαστού και δημιουργούνται δυσάρεστες αντιλήψεις για την εικόνα του σώματος. Με αποτέλεσμα το άτομο να νιώθει μη αποδεκτό και να βιώνει έντονο στρες(Bredin,1999)

- **ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

Μία από τις δύσκολες πτυχές που έχει ένα άτομο με χρόνια ασθένεια, είναι να αντιμετωπίσει την επίδραση του πόνου έναντι στις διαπροσωπικές σχέσεις. Πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες μερικές φορές επιλέγουν να κρύψουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται από τους άλλους, επειδή ανησυχούν μήπως γίνουν αξιολύπητοι και αποσυρθούν από πολλές κοινωνικές σχέσεις(Kaplan et all,1993)

Παρόλα τα πλεονεκτήματα που έχει ένας ασθενής στο να παραδεχτεί την αρρώστια του στους άλλους εντούτοις υπάρχουν και κάποια προβλήματα. Οι φίλοι μπορούν να αποσυρθούν από τους ασθενείς, είτε επειδή φοβούνται είτε επειδή δεν μπορούν να αντέξουν τις φυσικές αλλαγές των ασθενών. Μερικά άτομα έχουν αρνητικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις για άτομα με χρόνιες ασθένειες και τους αντιλαμβάνονται σαν καταθλιπτικούς, ανίσχυρους(Kaplan et all, 1993)

Επομένως, πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες αναφέρουν ότι αισθάνονται απομονωμένοι από τους άλλους και δέχονται μειωμένη κοινωνική στήριξη ιδιαίτερα την χρονική στιγμή που την έχουν τόσο ανάγκη. Ακόμα και όταν τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι θέλουν να βοηθήσουν τις περισσότερες φορές δεν έχουν πραγματική ιδέα τι περνούν οι ασθενείς. Σε μερικές περιπτώσεις οι οικογένειες των ασθενών έχουν μη πραγματικές υψηλές προσδοκίες σχετικά με το πώς οι ασθενείς πρέπει να διαχειριστούν την αρρώστια τους. Και επίσης, η οικογένεια μπορεί να είναι υπερβολικά υπερπροστατευτική με αποτέλεσμα οι ασθενείς να νιώθουν ή να γίνουν εξαρτημένοι(Sanderson,2004)

Τα μέλη της οικογένειας των χρόνιων ασθενών βιώνουν μερικές φορές ψυχολογικές αντιδράσεις. Η εξαρτημένη σχέση που αναπτύσσουν οι ασθενείς με τους οικείους τους, μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική αναστάτωση και άγχος στα άτομα που τους φροντίζουν. Αυτά τα συναισθήματα εκδηλώνονται, όταν οι ασθενείς έχουν υψηλά επίπεδα λειτουργικής εξασθένησης όπου οι συγγενείς τους χρειάζεται να είναι διαρκώς δίπλα τους και να τους φροντίζουν(Sanderson, 2004)

Επίσης, τα άτομα με χρόνιες ασθένειες υποφέρουν από οικονομικά προβλήματα, αφού η ασθένεια τους ή η θεραπεία τους επηρεάζει την απασχόληση τους. Τα συμπτώματα της χρόνιας ασθένειας, εμποδίζουν τους ασθενείς να εργαστούν ή έστω να ασχοληθούν με ορισμένες δουλειές(Sanderson,2004)

• **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

Κατά την διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, τα άτομα βιώνουν, μια αρχική αίσθηση κλονισμού, θυμού, δυσπιστίας και άρνησης. Αυτές οι αντιδράσεις είναι ιδιαίτερα συνηθισμένες σε άτομα νεαρής ηλικίας, ίσως επειδή αναμένουν ότι οι ασθένειες αναπτύσσονται με την ηλικία και ως εκ τούτου λαμβάνοντας μια τέτοια διάγνωση σε

νεαρή ηλικία είναι περισσότερο ανησυχητική παρά όταν κάποιος είναι μεγάλος σε ηλικία(Straub,2002)

Πολλά άτομα με χρόνιες ασθένειες βιώνουν κατάθλιψη, η οποία προκαλείται από την αίσθηση απώλειας ελέγχου. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι το 40% των ατόμων με χρόνιες ασθένειες υποφέρουν από κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα αυτά τα ποσοστά κατάθλιψης είναι κοινά στην αρχή της διάγνωσης και στην συνέχεια τείνουν να μειώνονται(Pincus et all,1996)

Το άγχος είναι ένα σοβαρό πρόβλημα, το οποίο αντιμετωπίζουν άτομα με χρόνιες ασθένειες. Σε μια μελέτη, ερευνητές ζήτησαν από τους ασθενείς να εκτιμήσουν ποιες πτυχές της ασθένειας τους θεωρούν πιο στρεσογόνες. Το 41% ανέφερε τον φόβο και την αβεβαιότητα για το μέλλον, 24% ανέφερε τους περιορισμούς στις σωματικές ικανότητες , στην εμφάνιση και γενικά στον τρόπο ζωής, και το 12% έκρινε την διαχείριση του πόνου ως την πιο στρεσογόνα πτυχή(Cooper,1996)

Οι περισσότερες από τις χρόνιες ασθένειες προκαλούνται από τον τρόπο ζωής του ατόμου, όπως το κάπνισμα, η έλλειψη άσκησης, η κακή διατροφή με αποτέλεσμα οι ασθενείς συχνά να κατηγορούν τον εαυτό τους και να τον θεωρούν υπαίτιο. Έτσι αισθάνονται ενοχές για τον πόνο που προκαλούν στους ίδιους και στους άλλους γύρω τους με αποτέλεσμα να βιώνουν άγχος και να οδηγούνται σε κατάθλιψη(Verhaak et al,2004)

Επίσης, κάθε άτομο έχει τον δικό του τρόπο να αντιδρά, όταν μαθαίνει την διάγνωση της ασθένειας του. Συνήθως οι αντιδράσεις αυτές έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ζωή του ατόμου, αλλά επίσης μπορούν να επηρεάσουν και τις σχέσεις τους με τους άλλους. Μια χρόνια ασθένεια δεν επιτρέπει στον ασθενή να έχει τη ζωή με τους ρυθμούς και τις συνήθειες που είχε υιοθετήσει, μειώνει κατά πολύ την ικανότητα του στον εργασιακό χώρο και τις περισσότερες φορές οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επιπλέον, ο ασθενής είναι πολύ πιθανόν να εκφράζει ζήλια αλλά και οργή για τα άτομα τα οποία είναι υγιή, ενώ παράλληλα να κατηγορεί τον εαυτό του επειδή αρρώστησε(Ridder et all, 2008)

Η ανακοίνωση της διάγνωσης του χρόνιου νοσήματος έχει επιπτώσεις στην αίσθηση της αυτοεικόνας, εαυτού και σώματος. Αυτή ακριβώς η αίσθηση ότι ο ασθενής δεν

ελέγχει το σώμα και τη ζωή του, συχνά οδηγούν στην ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που ανακύπτουν από την ανακοίνωση της ασθένειας. Πρόκειται για απολύτως φυσιολογικές συμπεριφορές που έχουν άλλοτε λειτουργικό και άλλοτε δυσλειτουργικό χαρακτήρα , στη διαδικασία προσαρμογής στην ασθένεια(Ridder et all, 2008)

2.2.3 Η ΚΟΥΡΑΣΗ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

Η κούραση όπως ορίζεται από το ιατρικό λεξικό Farlex, είναι μία σωματική και ψυχική εξάντληση , η οποία μπορεί να προκληθεί από το άγχος την υπερβολική εργασία, τη ψυχική και σωματική ασθένεια. Η κόπωση επηρεάζει σωματικά, αλλά και ψυχολογικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς τόσο σε ψυχοκοινωνικό όσο και οικονομικό επίπεδο. Η κούραση συνήθως αλληλοεπιδρά με άλλες καταστάσεις όπως είναι ο πόνος, η αγωνία. Συνήθως αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη θεραπεία, αλλά παρ' όλα αυτά μπορεί να συνεχίσει να επιμένει και μετά το τέλος της θεραπείας(Harris, 2008)

Η κόπωση είναι ένα σύνθετο φαινόμενο, που συμβαίνει σε συνδυασμό με πολλές χρόνιες ασθένειες και έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από μια χρόνια ασθένεια, έχουν την κούραση σε καθημερινή βάση, δηλαδή , συνήθως υπάρχει κατά διαστήματα καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας, αλλά υπάρχει και κατά τη διάρκεια του απογεύματος μετά από μια μέρα συνήθων δραστηριοτήτων. Η κόπωση πολλές φορές μπορεί να δημιουργήσει αισθήματα ευερεθιστότητας, αλλά και απογοήτευσης, καθώς γιατί δεν έχουν την ενέργεια να κάνουν αυτά που θέλουν. Οι χρόνιοι ασθενείς έχουν προβλήματα κούρασης, γιατί η κούραση τους επηρεάζει τόσο σε καθημερινή βάση, αλλά και συναισθηματική, καθώς και κοινωνική(Harris,2008)

2.2.4 ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΤΟΥΣ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

Η διαταραχή του ύπνου αποτελεί οποιαδήποτε ανωμαλία που δημιουργείται στον ύπνο του ατόμου επηρεάζοντας τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του φυσιολογικού ύπνου. Η αυπνία αποτελεί τη συνηθέστερη διαταραχή του ύπνου και μπορεί να οφείλεται σε κακές συνήθειες που εμποδίζουν το άτομο να κοιμηθεί, σε στρες ή σε ψυχικό νόσημα, αλλά και σε οργανικά αίτια που προκαλούν συμπτώματα που διαταράσσουν τον ύπνο, π.χ. πόνος. Επίσης, τα ψυχοκοινωνικά και πνευματικά ζητήματα και το άγχος μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα του ύπνου. Αν κάποιος από τους χρόνιους ασθενείς πάσχει από κατάθλιψη και παίρνουν φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει ο θεράπων γιατρός τους να κοιτάζει τις παρενέργειες οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου(Luyster, 2011)

Τα άτομα με χρόνιο πόνο έχουν προβλήματα με τη συνέχεια του ύπνου(χρόνος ύπνου, έναρξη ύπνου, αποτελεσματικότητα, παραμονή στον ύπνο, κατακερματισμός ύπνου δηλαδή περισσότερες αφυπνίσεις και διαταραχές που σχετίζονται με την κίνηση και, σε μικρότερο βαθμό, περισσότερες μετατοπίσεις σταδίου και περιστατικά που σχετίζονται με την αναπνοή. Οι χρόνιοι πάσχοντες αναφέρουν πως η δυσκολία στον ύπνο τους σχετίζεται με τον πόνο τους, και πιστεύουν ότι ο ύπνος είναι μια από τις πιο δυσφορίες εμπειρίες του πόνου. Παρόλα αυτά υπάρχει θεραπεία για την βελτίωση του ύπνου, και αυτή είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία(Luyster,2011)

2.3. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η κοινωνική υποστήριξη, είναι μια πολύπλευρη εμπειρία, που περιλαμβάνει εθελοντικές ενώσεις, και επίσημες ανεπίσημες σχέσεις με άλλους. Είναι η αντίληψη ότι κάποιος είναι αποδεκτός, του παρέχεται στήριξη και βοήθεια, ή είναι η βοήθεια ορισμένων ατόμων ή μιας συγκεκριμένης ομάδας ή η πραγματοποίηση πραγματικής

υποστήριξης που λαμβάνεται από άλλο. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι θετική ή αρνητική, και μπορεί να προκύψει από διαφορετικές πηγές, συμπεριλαμβανομένων των μελών της οικογένειας, των φίλων και των συμμαθητών καθώς και μέσω των επαγγελματιών και φορέων της υγειονομικής περίθαλψης(Van Dam et all,2005)

Η κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να γίνει αντιληπτή σε διαφορετικά πλαίσια και συνθήκες, με βάση το φύλο, το φυλετικό ή εθνικό υπόβαθρο του ασθενούς ή τις πολιτιστικές πρακτικές. Είναι μια δομή που μεσολαβεί μέσω βελτιωμένων πρακτικών αυτοδιαχείρισης και επιφέρει αποτελέσματα στην υγειονομική περίθαλψη(Van Dam et all,2005) Η κοινωνική υποστήριξη, αναφέρεται στην παροχή ψυχολογικών και υλικών πόρων από ένα κοινωνικό δίκτυο, με στόχο τη βελτίωση της ικανότητας ενός ατόμου να αντιμετωπίσει την ασθένεια του, ενώ γίνεται διάκριση σε ανάμεσα σε τέσσερις τύπους κοινωνικής υποστήριξης: συναισθηματική υποστήριξη(π.χ. το μοίρασμα εμπειριών ζωής και εν συναίσθηση), υλική υποστήριξη και παροχή υπηρεσιών για καθημερινές εργασίες, υποστήριξη εκτίμησης, π.χ. πληροφορίες για σκοπούς αυτοαξιολόγησης και πληροφοριακή υποστήριξη, π.χ. πληροφορίες με σκοπό να βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες(Cohen,2004)

Υπάρχουν ολοένα και περισσότερα αποδεικτικά στοιχεία που υπογραμμίζουν τον σημαντικό ρόλο της κοινωνικής στήριξης και των κοινωνικών σχέσεων της υγείας στις υγιέστερες συμπεριφορές και στην προσκόλληση θεραπείας(Uchino et all,2012) Η περαιτέρω εξάπλωση της συσχέτισης μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και των αποτελεσμάτων υγείας και η διερεύνηση του ρόλου της κοινωνικής υποστήριξης στην αυτοδιαχείριση χρόνιων ασθενειών, μπορεί συνεπώς να συμβάλλει στη βελτιστοποίηση και προσαρμογή της αυτοδιαχείρισης στις εν λόγω νόσους.

ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η κοινωνική υποστήριξη, αποτελεί ευρεία έννοια με αποτέλεσμα να περιλαμβάνει ποικίλες μορφές και κατηγοριοποιήσεις. Αρχικά, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να χωριστεί σε δύο βασικές κατηγορίες, στην αντικειμενική κοινωνική υποστήριξη και στην αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική κοινωνική υποστήριξη(Gurung,2006) Η πρώτη κατηγορία, αναφέρεται στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στην πραγματικότητα, ενώ η κατηγορία της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης , αφορά κατά κύριο λόγο στην πεποίθηση που διατηρεί το άτομο, αναφορικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης. Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι θετική ή αρνητική και περιλαμβάνει το τι θεωρεί το ίδιο το άτομο ότι χρειάζεται, σε αντίθεση ή σε συμφωνία με την υποστήριξη που τελικά λαμβάνει(Norris and Kaniasty,1996)

Η θετική αντιλαμβανόμενη υποστήριξη, αντανακλά τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο αισθάνεται, ενεργητικό, χαρούμενο, ενεργό , ζωντανό, ενώ η αρνητική αντιλαμβανόμενη υποστήριξη απεικονίζεται ως μια κατάσταση δυσαρέσκειας, στην οποία το άτομο δεν είναι χαρούμενο , ή βιώνει υποκειμενική αγωνία, συμπεριλαμβανομένων συναισθημάτων όπως θυμό, μίσος, κόπωση, ντροπή, φόβο(Wethington and Kessler,2010) Άτομα με υψηλή θετική αντιλαμβανόμενη υποστήριξη, έχουν την τάση να είναι πιο κοινωνικά, ενεργητικά και ενεργά, καθώς και να κοινωνικοποιούνται πιο εύκολα. Ωστόσο, άτομα με υψηλή αρνητική αντιλαμβανόμενη υποστήριξη , έχουν την τάση να βρίσκονται σε συνεχή κατάσταση δυσφορίας υπό οποιεσδήποτε συνθήκες. Τα άτομα αυτά, συνήθως είναι αυστηρά με τον εαυτό τους και στέκονται περισσότερο στις αποτυχίες και τις αδυναμίες τους. Είναι περισσότερο συγκεντρωμένα, στην αρνητικές πτυχές του εαυτού τους καθώς και στις αρνητικές πτυχές των άλλων, αλλά και του κόσμου στον οποίο ζουν(Watson and Pennebaker,1989)

Οι μορφές της κοινωνικής υποστήριξης την ορίζουν πέντε τύποι: η συναισθηματική υποστήριξη, η υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης, η υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο, η υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης και η υλική-πρακτική υποστήριξη. Η συναισθηματική υποστήριξη, αναφέρεται στην στήριξη που σχετίζεται με τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου. Η υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης, σχετίζεται με τις υποστηρικτικές ενέργειες, οι οποίες έχουν ως στόχο την ενίσχυση της

αυτοεκτίμησης και της πεποίθησης του ατόμου, ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστεί τις δυσκολίες που βιώνει στην καθημερινότητα του.

Η υποστήριξη σε επίπεδο κοινωνικού δικτύου, έχει σχέση με την πεποίθηση που διατηρεί το άτομο, δηλαδή το αν υπάρχουν άλλοι οι οποίοι είναι πρόθυμοι να τον στηρίξουν με ποικίλους τρόπους. Η κοινωνική υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης, αναφέρεται στην παροχή πληροφοριών από τους άλλους στο άτομο, ώστε αυτό να είναι σε θέση να λάβει τις ορθές αποφάσεις σε μια σειρά ζητημάτων που το αφορούν όπως για παράδειγμα, αποφάσεις για θεραπεία σε περίπτωση νόσου.

Η πρακτική-υλική υποστήριξη αναφέρεται στην βοήθεια, η οποία παρέχεται στο άτομο ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί διάφορα πρακτικά προβλήματα στην ζωή του, π.χ. οικιακή φροντίδα, φροντίδα παιδιών κλπ. (Taylor,2015)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η κοινωνική υποστήριξη, αποτελεί σημαντική παράμετρο της υγειονομικής περίθαλψης για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις. Πολλές μελέτες έχουν περιγράψει τους τύπους στήριξης ασθενών με χρόνια νοσήματα, που τους παρασχέθηκαν σε ομάδες υποστήριξης και βρήκαν στοιχεία για τα θετικά αποτελέσματα υγείας της κοινωνικής υποστήριξης. Παρακάτω, αναλύεται η κοινωνική υποστήριξη που βοηθά τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε μια σειρά πτυχών διαχείρισης της νόσου(Abbot,2009)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει θετική επίδραση στη συμπεριφορά της αυτοδιαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα. Η αντιληπτή ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης είναι σχετική με τον βαθμό ικανοποίησης με τα κοινωνικά δίκτυα, δηλαδή τα άτομα που αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση με το κοινωνικό τους δίκτυο, βιώνουν πιο θετικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια κοινωνικών αλληλεπιδράσεων(π.χ. φιλοφρόνηση) και αν λαμβάνουν την καλύτερη συναισθηματική υποστήριξη δείχνουν λιγότερο γνωστική μείωση(Cohen, 2004) Αντιθέτως, η αδυναμία λήψης κοινωνικής υποστήριξης από το κοινωνικό δίκτυο του ασθενούς μπορεί να απειλήσει σημαντικά την αυτοεκτίμηση του ατόμου ιδίως στις

περιπτώσεις, όπου ο ασθενής βρίσκεται σε αδυναμία να αποδεχθεί την χρόνια νόσο του(Cohen,2004)

Η κοινωνική υποστήριξη, είναι επίσης απαραίτητη για τη χρήση των σχεδίων δράσης για ενδεχόμενη επιδείνωση της νόσου και αποτελεί σημαντική συνιστώσα του προγράμματος παρεμβάσεων αυτοδιαχείρισης χρόνιων νοσημάτων. Ειδικά οι ασθενείς, που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αναγνώριση επιδείνωσης των συμπτωμάτων της νόσου τους, συχνά χρειάζονται υποστήριξη από τους φροντιστές

για να συνειδητοποιήσουν ότι τα συμπτώματα παρουσιάζουν επιδείνωση(Korpershoek et al,2016)

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, έχει αναγνωριστεί ως εμπόδιο στην αυτοδιαχείριση των χρόνιων ασθενειών, με αποτέλεσμα να υπάρχει χαμηλό επίπεδο διάθεσης εκ μέρους των ασθενών , καθώς και να μην έχουν κίνητρο να συμμετέχουν σε δραστηριότητες αυτοδιαχείρισης.

Υπάρχουν, όμως διάφορες στρατηγικές για την ενδυνάμωση της κοινωνικής υποστήριξης στις παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης στους ασθενείς που έχουν χρόνια νοσήματα. Οι συνεδριάσεις της κοινωνικής υποστήριξης, μπορούν να διευρύνουν τα δίκτυα των φίλων, για παράδειγμα ο κοινωνικός συγχρωτισμός και η αλληλεπίδραση με άλλους ασθενείς με την ίδια νόσο, μπορεί να προσφέρει ευκαιρίες μάθησης, την αίσθηση της επικύρωσης της εμπειρίας, καθώς και μια ευκαιρία για νέες φιλίες. Οι φροντιστές και οι φίλοι των ασθενών, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετάσχουν σε συναντήσεις αυτοδιαχείρισης , καθώς αυτό μπορεί να τους βοηθήσει να πάρουν περισσότερες πληροφορίες για τα συμπτώματα και τις ασθένειες του φίλου τους, τη διαχείριση της νόσου και την αύξηση της στήριξης του ασθενούς(Jerant et al,2005)

Η ακινησία, αποτελεί κίνδυνο στο να αυξηθεί η κοινωνική απομόνωση, καθώς γιατί περιορίζει και την αυτοδιαχείριση του ασθενούς, συνεπώς θα πρέπει να βελτιστοποιηθεί η πρόσβαση σε προγράμματα αυτοδιαχείρισης, η φυσική κινητικότητα και οι επιλογές μεταφορών. Τα προβλήματα κινητικότητας και η μεταφορά του ασθενούς, συχνά συσχετίζονται με περισσότερες αποτυχημένες συνεδριάσεις και λήψη φαρμάκων(Syed et al,2013) με αποτέλεσμα να έχουμε τη

μειωμένη φροντίδα της χρόνιας νόσου, και κατά συνέπεια φτωχότερα αποτελέσματα για την υγεία του ασθενούς σε μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο επίπεδο. Οπότε για την καλύτερη αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο βελτιστοποίησης της φυσικής κατάστασης του ασθενούς, καθώς και η αύξηση της κινητικότητας του. Αυτός ο στόχος είναι προφανές ότι θα περιλαμβάνει τη συζήτηση για την χρήση βοηθημάτων βάδισης εάν είναι απαραίτητο. Επίσης, οι δραστηριότητες στη φύση θα πρέπει να ενθαρρύνονται, καθώς οδηγούν σε υψηλό

επίπεδο την ποσότητα και την ένταση της σωματικής δραστηριότητας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα(Syed et all,2013)

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η ψυχοεκπαίδευση είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που ενσωματώνει και συνταιριάζει ψυχοθεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, ενώ παράλληλα αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές πρακτικές, η οποία βασίζεται σε στοιχεία αποτελέσματα που έχουν αποδειχτεί από πολλές μελέτες. Η ψυχοεκπαίδευση ενσωματώνει την ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια καθώς και τα εργαλεία για την διαχείριση της(MacDonald,2015) Η ψυχοεκπαίδευση, δεν ασχολείται αποκλειστικά με την ψυχική ασθένεια, αλλά με οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση εξαιτίας της οποίας το άτομο βιώνει το αίσθημα του άγχους και της ανασφάλειας λόγω της έλλειψης γνώσης σχετικά με την κατάσταση αυτή.

Οι στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης εστιάζουν στην ενίσχυση της δυνατότητας του ασθενή να χρησιμοποιεί τα δυνατά του σημεία προς όφελος της υγείας του, να συνεργάζεται με το ιατρικό προσωπικό, αλλά και με μέλη του στενού του περιβάλλοντος και να ξεπερνά τα εμπόδια που επιδεινώνουν έμμεσα ή άμεσα την κατάσταση της υγείας του. Επίσης, η ψυχοεκπαίδευση βοηθά τον πάσχοντα να βελτιώσει την προσαρμογή του ως προς τη νέα ιατρική του κατάσταση και σε σχέση με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, και να συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή του(Καραδήμας,2005)

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούν οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην υγεία, προέρχονται από τις γνωστικές και τις συμπεριφορικές θεωρίες, αλλά και τις θεωρίες της μάθησης. Οι τεχνικές αυτές συνδυάζονται μεταξύ τους, ώστε να επιφέρουν τα

επιθυμητά αποτελέσματα για τον πάσχοντα. Αρχικά, σε μια ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση ο ειδικός μπορεί να κάνει χρήση της διάσπασης, δηλαδή να αποσπάσει την προσοχή του ασθενούς από τα διάφορα συμπτώματα και τον πόνο που βιώνει, και τον εκπαιδεύει ώστε να χρησιμοποιεί συγκεκριμένες τεχνικές. Μια από αυτές τις τεχνικές είναι η ενεργοποίηση μιας ευχάριστης φαντασίωσης από τον ασθενή κατά τη διάρκεια του πόνου, η οποία του προκαλεί συναισθήματα ευφορίας, τα δύσκολα γνωστικά έργα(π.χ. μέτρηση ανάποδα από το εκατό), και η συγκέντρωση του ασθενούς σε άλλα ουδέτερα ερεθίσματα(Καραδήμας,2005)

Μία άλλη τεχνική που χρησιμοποιείται πολύ συχνά σε μια ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση είναι οι εφησυχαστικές εκδηλώσεις. Στην μέθοδο αυτή, οι ασθενείς διδάσκονται να μιλούν σιωπηλά στον εαυτό τους με την χρήση χαλαρωτικών και εφησυχαστικών δηλώσεων, με στόχο να εστιάσουν στην πρόσκαιρη φύση μιας ταλαιπωρίας που υφίστανται(π.χ. κάποια επίπονη εξέταση), στην διατήρηση της ηρεμίας τους ή και στην προσωπική τους αξία(π.χ. <<μπορείς να τα καταφέρεις>>). Και τέλος η γνωστική αναδόμηση χρησιμοποιείται για να εκπαιδευτεί ο ασθενής στην αντικατάσταση των αρνητικών σκέψεων, με άλλες πιο προσαρμοστικές(Καραδήμας,2005)

ΜΕΡΟΣ Γ

3.1 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η θεραπευτική προσέγγιση σε έναν ασθενή που έχει χρόνιο πόνο, είναι εξατομικευμένη για κάθε ασθενή και μπορεί να ξεκινά από μια φαρμακευτική αγωγή και να φτάνει έως και σε μια επεμβατική θεραπεία. Επιπλέον αν το επιθυμεί και ο ασθενής υπάρχει δυνατότητα για κατ' οίκον νοσηλείας σε συγκεκριμένες θεραπείες. Παρακάτω θα επικεντρωθούμε σε ορισμένους τρόπους διαχείρισης του χρόνιου πόνου(Stanos,2012)

3.1.1. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η διεπιστημονική διαχείριση του πόνου περιέχει την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται από διάφορους κλάδους, καθένας από τους οποίους εξειδικεύεται σε διαφορετικά χαρακτηριστικά του πόνου.

Στη διεπιστημονική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, η βασική ομάδα περιλαμβάνει ένα γιατρό ο οποίος είναι ειδικευμένος στο να διαχειρίζεται τον πόνο, έναν νοσηλευτή, έναν ψυχολόγο, έναν ψυχίατρο, έναν φυσιοθεραπευτή και έναν φαρμακοποιό. Η αρχική εξέταση του ασθενούς γίνεται από ένα μέλος της ομάδας, το οποίο καθορίζει και τα άτομα που θα την αποτελούν. Μετά από αυτήν την αξιολόγηση, ορίζεται η βασική ομάδα φροντίδας καθώς και το πρόγραμμα θεραπείας του ασθενούς. Η ομάδα φροντίδας, σύμφωνα και με τις ατομικές ανάγκες του ασθενούς προσαρμόζει ένα σχέδιο, που έχει ως σκοπό την επίτευξη θεραπευτικών στόχων για τον ασθενή. Αυτό το σχέδιο θα πρέπει να είναι και με βάση τις ικανότητες του ασθενούς, αλλά και τις προσδοκίες του. Σε κάποιους ασθενείς, η εκπαίδευση και η παρακολούθηση είναι αρκετά για την διαχείριση του πόνου, ενώ σε κάποιους άλλους μπορεί να χρειαστεί φροντίδα που να περιλαμβάνει ένα εντατικό πρόγραμμα αποκατάστασης, αλλά και να απαιτεί από τον ασθενή να παραμείνει στο κέντρο θεραπείας για οχτώ ώρες την ημέρα, πέντε ημέρες την εβδομάδα, για τρεις έως τέσσερις εβδομάδες(Stanos,2012)

Είναι πολύ σημαντικό, να γίνει μια ανοιχτή συζήτηση για τους στόχους της θεραπείας. Αυτή η συζήτηση είναι σημαντική για την ομάδα, αλλά και για την αντιμετώπιση των προσδοκιών του ασθενούς, καθώς γιατί πολλοί ασθενείς μπορεί να πιστεύουν ότι θα λυθεί το πρόβλημα που έχουν και έτσι θα μπορούν να επιστρέψουν

στην καθημερινότητα τους, αλλά κάτι τέτοιο μπορεί να μην είναι καν εφικτό. Σε πολλές περιπτώσεις οι στόχοι της θεραπείας είναι να μειώσει τον πόνο, όχι να τον εξαλείψει. Πολύ σημαντικό είναι να βελτιωθεί η φυσική λειτουργία του ασθενούς, η διάθεση του, ο ύπνος του καθώς και η επιστροφή στην καθημερινότητα του.

Ο ρόλος του κάθε μέλους της ομάδας αποτελεί σημαντικό κομμάτι για την διεξαγωγή της θεραπείας, γι' αυτό η συνεργασία και η επικοινωνία θεωρείται σημαντική. Για παράδειγμα, ο ψυχολόγος θα ενισχύσει τις ικανότητες αντιμετώπισης του πόνου σε περιόδους έξαρσης, αλλά και θα βοηθήσει τον ασθενή να μπορεί να προσαρμοστεί στην ζωή του με βάση και τα νέα γεγονότα που του έχουν προκύψει, ο φυσιοθεραπευτής είναι υπεύθυνος στο να εκπαιδεύσει τον ασθενή σε σχέση με το πρόγραμμα αποκατάστασης, ο νοσηλευτής μαζί με τον φαρμακοποιό θα πρέπει να συνεργάζονται με τον γιατρό, ώστε να παρακολουθούν στο πως ανταποκρίνεται ο ασθενής στην ιατρική διαχείριση, συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες αν προκύψουν. Συνεπώς, όλα τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να συντονίζονται στη φροντίδα του ασθενούς, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της θεραπείας(Stanos,2012)

3.1.2 ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου βρίσκεται στον παρακάτω πίνακα: όπου σε ήπιο πόνο χορηγείται παρακεταμόλη ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, σε ήπιο με ανεκτικό πόνο χορηγούνται αδύναμα οπιοειδή, παρακεταμόλη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και σε ανεκτικό με σοβαρό πόνο χορηγούνται δυνατά ισχυρά οπιοειδή, παρακεταμόλη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Table 2. Categorization of pain and appropriate analgesia

WHO analgesic ladder step	Score on NRS ^a	Analgesics of choice
1 (mild pain)	<3 out of 10	Paracetamol or NSAIDs
2 (mild to moderate pain)	3-6 out of 10	Weak opioids $\pm$ paracetamol or NSAIDs
3 (moderate to severe pain)	>6 out of 10	Strong opioids $\pm$ paracetamol NSAIDs

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(World Health Organization)

ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ(ΜΣΑΦ)

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του πόνου ήπιας έως μέτριας έντασης, έχουν αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και αντιπυρετική δράση. Τα ΜΣΑΦ δρουν στις απολήξεις των περιφερικών νεύρων, καθώς αναστέλλουν τον πόνο παρεμβαίνοντας σε δύο ένζυμα που είναι απαραίτητα για τη σύνθεση των προσταγλανιδών, την κυκλοοξυγενάση τύπου 1(COX-1) και την κυκλοοξυγενάση τύπου 2(COX-2). Τα ΜΣΑΦ αποτελούν θεραπεία εκλογής για τον πόνο ήπιας έως μέτριας έντασης. Παραδείγματα ΜΣΑΦ είναι η ασπιρίνη, η ιβουπροφαίνη και η σελεκοξίμη(Simonsen et al,2009)

ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΑΝΑΓΛΗΤΙΚΑ

Τα οπιοειδή, χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση μέτριου έως σοβαρού οξέος πόνου. Η κυριότερη δράση τους είναι, ο έλεγχος του έντονου άλγους ποικίλης αιτιολογίας που δεν αντιμετωπίζεται με τα μη οπιοειδή αναλγητικά. Επίσης, τα οπιοειδή χορηγούνται σε αρρώστους με χρόνιο πόνο που οφείλεται σε κακοήθεια. Τα οπιοειδή προκαλούν ευφορία, δυσφορία, καταστολή, ναυτία, έμετο, δυσκοιλιότητα και ζάλη. Σε πιο υψηλές δόσεις μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή και υπόταση(Patricia, McGrath,2003)

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, ακόμη και αν ο ασθενής δεν πάσχει από κατάθλιψη. Στα αντικαταθλιπτικά, περιλαμβάνονται τα τρικυκλικά που είναι παλαιότερα φάρμακα και είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης(SSRI) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, που είναι τα νεότερα φάρμακα(SNRI). Η παροξετίνη και η φλουοξετίνη ανήκουν στα SSRI's και η βενλαφαξίνη , και η ντουλοξετίνη στα SNRI's. Ο μηχανισμός με τον οποίο τα εν λόγω φάρμακα εξουδετερώνουν τον πόνο δεν είναι πλήρως κατανοητός. Τα αντικαταθλιπτικά ασκούν τη δράση τους με ποικίλους τρόπους , αυξάνουν τη συγκέντρωση ορισμένων νευροδιαβιβαστών που μπορούν να μειώνουν στο νωτιαίο μυελό τα νευρικά μηνύματα που έχουν σχέση με τον πόνο(Watson, 1994)

ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση νευρολογικών και ψυχικών διαταραχών. Η δράση τους έχει διαπιστωθεί ότι είναι χρήσιμη και για τον χρόνιο πόνο. Η γκαμπαπεντίνη (Neurintin), η πρεγκαμπαλίνη (Lyrica) και η καρβαμαζεπίνη (Tegretol), θεωρούνται πως έχουν αποτέλεσμα στον νευροπαθητικό πόνο και ότι η τοπιραμάτη βοηθά στην αντιμετώπιση της ημικρανίας(Ryder,2005)

3.1.3 ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι γιατροί για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τον χρόνιο πόνο, σε ορισμένες περιπτώσεις εκτελούν νευρικά μπλοκ, αυτά τα μπλοκ νεύρων είναι διαδικασίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται συχνά σε χειρουργικές επεμβάσεις , αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Ο στόχος τους είναι να ελαττώσουν τον πόνο, αλλά δεν μειώνεται η αίσθηση του πόνου(Aguirre et all,2012)

Οι επεμβατικές μέθοδοι χορηγούνται σε καταστάσεις όπως:

- Καρκινικός πόνος
- Νευραλγία τριδύμου

- Κεφαλαλγία και άλγος προσώπου
- Ρευματικές παθήσεις
- Άλγος ράχης και μεσοπλεύρια νευραλγία

ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ

Σκοπός της συγκεκριμένης τεχνικής είναι η έγχυση τοπικού αναισθητικού στο προσβεβλημένο νεύρο. Έχει παρατηρηθεί, ότι μετά από πολλούς επαναλαμβανόμενους αποκλεισμούς, πολλοί ασθενείς νιώθουν μια ανακούφιση από τη νευραλγία ανεξάρτητα από τη δράση που μπορεί να έχει κάνει το τοπικό αναισθητικό. Αυτή η απόδοση οφείλεται σε κάποιο είδος νευροτροποποιητικής δράσης του φαρμάκου στο οπίσθιο κέρας του νωτιαίου μυελού. Οι πιο συνηθισμένες επιπλοκές είναι: η λοίμωξη, η αιμορραγία(κυρίως όταν υπάρχουν διαταραχές πήξης), η ενδοαγγειακή έγχυση που μπορεί να οδηγήσει σε ανακοπή και η διασπορά σε άλλα νεύρα(Aguirre,2012)

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Στα ιατρεία πόνου υπάρχει μια επεμβατική θεραπευτική τεχνική που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου και αυτή είναι η έγχυση τοπικού αναισθητικού και κορτικοειδούς στον επισκληρίδιο χώρο, που έχουν ως στόχο να καταστέλλουν την φλεγμονή και τη νευρική βλάβη που υπάρχει στο νωτιαίο μυελό και στις οπίσθιες ρίζες , αλλά και στα γάγγλια. Οι επανειλημμένοι αποκλεισμοί αυξάνουν τα ποσοστά για να επιτύχει η μέθοδος. Έτσι γι' αυτό το σκοπό , η τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα και η έγχυση του διαλύματος μέσω αυτού συνηθίζεται και δεν απαιτεί ο ασθενής να νοσηλευθεί. Οι επιπλοκές σπανίζουν , αλλά οι πιο σοβαρές θεωρούνται η αιμορραγία και το επισκληρίδιο αιμάτωμα, το αναφυλακτικό σοκ, η σοβαρή υπόταση, οι νευρολογικές επιπλοκές όπως μηνιγγίτιδα, παραπληγία κτλ., και η καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Οπότε είναι πολύ σημαντικό η τεχνική αυτή να γίνεται με απόλυτη προσοχή και σε οργανωμένο χώρο(Lier,2011)

ΝΕΥΡΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ

Η νευροτροποποίηση αναφέρεται σε θεραπείες, οι οποίες μέσω μιας ηλεκτρικής ή χημικής μεταβολής της μετάδοσης ενός σήματος στο νευρικό σύστημα, αναστέλλουν και διεγείρουν την δραστηριότητα των νευρώνων. Η νευροτροποποίηση μπορεί να εφαρμοστεί με νευροδιέγερση του νωτιαίου μυελού , με περιφερική νευροδιέγερση και με εμφυτεύσεις συσκευών μόνιμης και σταθερής έγχυσης φαρμάκων για να έχει στόχο ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι θεραπείες νευροτροποποίησης αφορούν συγκεκριμένους ασθενείς οι οποίοι: δεν ανακουφίζονται από την φαρμακευτική αγωγή ή με τη χρήση άλλων επεμβατικών μεθόδων, έχουν επίμονο πόνο μετά την χειρουργική επέμβαση και έχουν εμφανίσει σημαντικές παρενέργειες από τη λήψη των φαρμάκων. Οι θεραπείες αυτές εφαρμόζονται μετά από δοκιμαστική περίοδο στην οποία ο ασθενής έχει παρατηρήσει ανακούφιση από τον πόνο. Ο τύπος της θεραπείας ορίζεται από τις ενδείξεις, τον τύπο του πόνου, τη μορφή του και την περίοδο δοκιμής της θεραπείας(Ashburn,1999)

ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Η μέθοδος στηρίζεται στη μετάδοση ηλεκτρικών παλμών μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στον επισκληρίδιο χώρο της σπονδυλικής στήλης. Οι παλμοί αυτοί μεταδίδονται μέσω γεννήτριας, παρόμοιας με βηματοδότη, η οποία εμφυτεύεται υποδόρια στην κοιλιακή χώρα. Στόχο της διέγερσης του νωτιαίου μυελού αποτελούν οι νευρώνες που εμπλέκονται στην διαβίβαση και στην επεξεργασία του πόνου. Η γεννήτρια ενεργοποιεί νευρωνικά κυκλώματα αναστολής του πόνου, προκαλώντας αντίσταση αυτού από ένα ήπιο αίσθημα καύσους ή νυγμού. Η εφαρμογή της μεθόδου αφορά σε ασθενείς πάσχοντες από νευροπαθητικό πόνο διάρκειας άνω 6 μηνών που δεν απαντά σε συντηρητικές θεραπείες και ενδείκνυνται κυρίως για ασθενείς με χρόνια οσφυοισχιαλγία, η οποία αποτελεί απότοκο προηγούμενων επεμβάσεων στην σπονδυλική στήλη ή τραύματος του νωτιαίου μυελού(Ashburn,1999)

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ

Η περιφερική νευρική διέγερση, είναι μια χειρουργική τεχνική η οποία εφαρμόζεται με τοπική αναισθησία και αφορά στην εμφύτευση ηλεκτροδίων σε περιοχές άλγους με κατανομή περιφερικών νεύρων. Η μέθοδος είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας, της κοκκυγοδυνίας, της διαβητικής ή αλκοολικής νευροπάθειας, της μεσοπλεύριας νευραλγίας μετά από θωρακοτομή ή χρόνια παγκρεατίτιδα, της παραισθητικής μηραλγίας, της ινιακής κεφαλαλγίας, της νευραλγίας μετά από εξελκυσμό του βραχιονίου πλέγματος , της μεθερπητικής νευραλγίας , και του πόνου <<μέλους φάντασμα>>(Ashburn,1999)

ΕΜΦΥΤΕΥΣΕΙΣ ΑΝΤΛΙΩΝ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Με την έγχυση οπιοειδών στον υπαραχνοειδή χώρο της σπονδυλικής στήλης επιτυγχάνεται η χορήγηση χαμηλών δόσεων φαρμάκου απευθείας στο σημείο δράσης των υποδοχέων πόνου. Η τοποθέτηση αντλίας ενδείκνυνται κυρίως για ασθενείς με πόνο καρκινικής αρχής και ασθενείς με αλγαισθητικό πόνο(σωματικό ή σπλαγχνικό), που δεν γίνεται να αντιμετωπισθούν με συντηρητική θεραπεία και σε καταστάσεις όπου η συντηρητική αντιμετώπιση μπλέκεται με υψηλά ποσοστά συστηματικών επιπλοκών(Ashburn,1999)

Η εμφύτευση αντλίας γίνεται με γενική αναισθησία ή ελαφρά καταστολή. Ένας καθετήρας εισέρχεται στον υπαραχνοειδή χώρο της σπονδυλικής στήλης μέσω μιας μικρής τομής στην οσφυϊκή χώρα, ενώ ο μηχανισμός της αντλίας εμφυτεύεται υποδορίως μέσω τομής στην πλάγια κοιλιακή χώρα. Η χορηγούμενη δόση φαρμάκου εξατομικεύεται και τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και με την βοήθεια ενός εξωτερικού προγραμματιστή. Η αντλία ανατροφοδοτείται με φάρμακο σε τακτικά χρονικά διαστήματα(Ashburn,1999)

3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η φροντίδα του ασθενή που πονά αποτελεί μεγάλη πρόκληση για έναν νοσηλευτή. Καθώς, γιατί ο νοσηλευτής θα πρέπει να σχεδιάζει, να προτείνει, και να εφαρμόζει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις , σύμφωνα και με την αξιολόγηση που θα έχει κάνει και ανάλογα με τον τρόπο που θα έχει διαλέξει να αντιμετωπίσει τον πόνο του ασθενούς, θα βοηθήσει κιόλας τον ασθενή να αντιμετωπίσει τον πόνο του. Για παράδειγμα ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να πάρει πληροφορίες για το κοινωνικό και το πολιτιστικό επίπεδο του ασθενή , έχοντας γνώση ότι ο πόνος του ασθενούς προκαλεί διάφορες αντιδράσεις και διαταραχές στη συμπεριφορά του(Kingdom and Gamlin,2004)

Ο νοσηλευτής χρειάζεται να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης, να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί, και να κατανοήσει και να αποδεχθεί τις εμπειρίες που βιώνει ο ασθενής. Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να δώσει λίγο χώρο στον ασθενή, να μπορέσει να τον βοηθήσει ψυχολογικά και να του παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον πόνο. Επίσης, θα ενημερώσει τον ασθενή, καθώς και την οικογένεια του , τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να διαχειριστεί τον πόνο , καθώς και αν προκύψουν ψυχολογικά προβλήματα. Η σωστή επικοινωνία ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή είναι πολύ σημαντική και χωρίς αυτή δεν θα είχε εξελιχθεί σήμερα η νοσηλευτική(Kingdom and Gamlin,2004)

Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, καθώς γιατί περνάει αρκετό χρόνο με τον ασθενή. Επίσης, ο νοσηλευτής για να μπορέσει να βοηθήσει τον ασθενή και για να μπορέσει να εκτιμήσει τον πόνο του ασθενούς, ρωτάει τον ασθενή σε ποιο σημείο πονά , έτσι ώστε να μπορέσει να προσδιορίσει το αίτιο και το είδος του πόνου. Ύστερα, ο νοσηλευτής ζητάει από τον ασθενή να βαθμολογήσει την ένταση του πόνου χρησιμοποιώντας μία κλίμακα από το 0 έως το 10. Στη συνέχεια παροτρύνουμε τον ασθενή να μας περιγράψει με τι του μοιάζει ο πόνος(Kingdom and Gamlin,2004)

3.2.1 ΩΣ ΜΕΣΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι άνθρωποι όταν επικοινωνούν δέχονται, αλλά και στέλνουν μηνύματα με τη βοήθεια λεκτικών ή μη λεκτικών μέσων. Η νοσηλευτική ως πράξη αποτελεί και την επικοινωνία, καθώς γιατί δημιουργείται μια αμοιβαία εμπιστοσύνη ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή(Rose,2013)

Οι προσπάθειες των νοσηλευτών επικεντρώνονται στο να υπάρχει μια σχέση επικοινωνίας μεταξύ αυτών αλλά και των ασθενών, ώστε να μπορέσουν να επιτύχουν τους στόχους που έθεσαν από κοινού. Η λεκτική μορφή της επικοινωνίας χρησιμοποιείται ευρέως από τους νοσηλευτές, συγκεκριμένα όταν μιλάνε με τους ασθενείς, όταν ανταλλάσσουν πληροφορίες με τους άλλους νοσηλευτές, αλλά και όταν έχουν αναπτύξει σχέδια φροντίδας. Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να δημιουργεί διαύλους επικοινωνίας με τον ασθενή , αλλά και να αξιολογεί τις γνώσεις και τα συναισθήματα που έχουν οι ασθενείς , και να αναπτύσσει τις ανάλογες δεξιότητες, έτσι ώστε να προάγεται η διαδικασία της επικοινωνίας(Rose,2013)

Οι μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας αποτελούν τη βάση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και έχει βαρύνουσα σημασία, για την αποκωδικοποίηση του μηνύματος και την μετάδοση του στον δέκτη. Είναι αποδεκτό ότι η μη λεκτική επικοινωνία εκφράζει περισσότερο το ποιο είναι το αληθινό νόημα του μηνύματος σε σχέση με την λεκτική επικοινωνία. Οι νοσηλευτές παρόλα αυτά θα πρέπει να έχουν επίγνωση των μη λεκτικών μηνυμάτων που στέλνουν , καθώς και εκείνων των μηνυμάτων που δέχονται από τους ασθενείς(Rose,2013)

3.2.2 ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ

Ως αγωγή της υγείας ορίζεται <<η μετάδοση πληροφοριών που αφορούν την υγεία>>, που έχει ως στόχο να προάγει την υγεία, να μεταδίδει πληροφορίες στο άτομο, καθώς και να κάνει το άτομο υπεύθυνο για την αυτοφροντίδα του. Συνεπώς, αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία , την οποία ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει(Vallerand,2011)

Ο νοσηλευτής, πρέπει να βρίσκεται δίπλα στον ασθενή, καθώς γιατί ο ίδιος αποτελεί πηγή ανακούφισης αλλά και πληροφόρησης. Και γι' αυτό τον λόγο θα πρέπει να

προσφέρει μία σωστή εκπαίδευση και έγκυρες πληροφορίες. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να έχει γενικές γνώσεις και επικοινωνιακές δεξιότητες. Αυτά θα αποτελούν και τις βασικές του γνώσεις. Ο νοσηλευτής είναι το άτομο που θα εκπαιδεύσει τον ασθενή για την ασθένεια του, την θεραπεία του, αλλά και την αποκατάσταση του. Ο νοσηλευτής επίσης, είναι το άτομο που θα στηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή και θα τον συμβουλευσει, η διδασκαλία του ασθενούς μπορεί να πραγματοποιηθεί και στο σπίτι, στο σχολείο ακόμη και στο γηροκομείο(Vallerand,2011)

Η Florence Nightingale, αναγνώρισε την εκπαίδευση ως ένα προνόμιο των νοσηλευτών στο να βλέπουν, να κατανοούν, να παρατηρούν, στο να ξέρουν τι να κάνουν, αλλά και στο τι θα πρέπει να πουν σε θέματα που αφορούν την ζωή και τον θάνατο, την ασθένεια και την υγεία. Η εκπαίδευση υπάρχει για να δώσει την ικανότητα στον νοσηλευτή να μπορεί να εφαρμόζει με τον καλύτερο τρόπο τις αρχές φροντίδας που του δίνονται , και να λειτουργεί σαν σκεπτόμενος άνθρωπος και όχι ως μηχανή(Vallerand,2011)

3.3. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ο ρόλος της νοσηλευτικής υπήρξε μέρος της παράδοσης και ακόμη και σήμερα αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της ανακουφιστικής φροντίδας. Από την εποχή του Μεσαίωνα έως και σήμερα, η ανακουφιστική φροντίδα έχει εξελιχθεί και έχει αναδειχθεί ως μια κλινική ειδικότητα που επικεντρώνεται στη φροντίδα για το άτομο ως σύνολο και στην υποστήριξη της οικογένειας λειτουργώντας ως κύριος σύνδεσμος μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας(Fitch et all,2015)

Οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και ως εκ τούτου βρίσκονται σε στρατηγική θέση για την παροχή, την προώθηση και τη βελτίωση της παροχής της ανακουφιστικής φροντίδας. Η παρουσία των νοσηλευτών μπορεί να διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στη μείωση της επιβάρυνσης του ολικού πόνου και των υπόλοιπων συμπτωμάτων που έχουν προκύψει από ασθένεια που είναι απειλητική για την ζωή.

Ο όρος ανακουφιστική νοσηλευτική πρωτοπαρουσιάστηκε στη Μεγάλη Βρετανία το 1989, από μια εξειδικευμένη ομάδα νοσηλευτών του Royal College of Nursing(PNG). Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται ευρέως στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά αναγνωρίζεται και ως ειδικότητα και διδάσκεται σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Σύμφωνα με τους Lugton και Kinddle(1989), η ανακουφιστική νοσηλευτική επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των κοινωνικών, οργανικών, πνευματικών και ψυχολογικών προβλημάτων και αναγκών των ασθενών , αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Εμπεριέχει επίσης, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, αλλά και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των κατάλληλων παρεμβάσεων που έχουν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και τον αξιοπρεπή θάνατο(Lugton,2005)

Η σχέση νοσηλευτή και ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ανακουφιστική φροντίδα και παρέχει πολλά οφέλη στον ασθενή. Σε αυτά εμπεριέχονται, η ανακούφιση από τα σωματικά συμπτώματα , η διασφάλιση της ποιότητας της ζωής, η διατήρηση ανεξαρτησίας του ασθενούς , η ανακούφιση από την ψυχική οδύνη και την κοινωνική απομόνωση και η προετοιμασία ενός καλού θανάτου. Ο νοσηλευτής βρίσκεται στην θέση να δημιουργεί ένα περιβάλλον φροντίδας , το οποίο καλλιεργεί και ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να μπορέσει να αντιμετωπίσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, αλλά και να ενδυναμώσει την αίσθηση της προσωπικής αξίας.

Επιπλέον, χρέος, αλλά και καθήκον του νοσηλευτή είναι να στηρίζει τον ασθενή και να τον βοηθάει να εκφράζει τις πνευματικές του ανησυχίες(Lugton,2005)

Η σχέση νοσηλευτή και ασθενή εξελίσσεται από μι επαγγελματική σχέση σε μια σχέση αμοιβαίας κατανόησης. Ο νοσηλευτής είναι ο άνθρωπος, στον οποίο ο ασθενής μπορεί να βασιστεί , να εμπιστευτεί και να εκφράσει τα συναισθήματα του. Ο ασθενής μαζί με τον νοσηλευτή θα προσπαθήσουν να δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα και τους προβληματισμούς που δημιουργούνται στην διάρκεια της νόσου. Η σχέση νοσηλευτή -ασθενή είναι σαν ένα ταξίδι, δύο άνθρωποι ταξιδεύουν μαζί για λίγο, έρχονται κοντά ο ένας τον άλλον και δεσμεύονται εντός καθορισμένων ορίων. Στο τέλος του ταξιδιού θα χωρίσουν έχοντας όμως δημιουργήσει μια βαθιά προσωπική σχέση. Η σχέση αυτή, είναι το αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης και διαπραγματεύσεων μέχρι να επιτευχθεί μια αμοιβαία ικανοποιητική σχέση. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση είναι η διάρκεια της επαφής, η δέσμευση του νοσηλευτή, οι ανάγκες του ασθενούς και η προθυμία του να εμπιστεύεται τον νοσηλευτή(Lugton,2005)

3.4 Η ΑΝΑΓΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με την αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού αναμένεται να οδηγήσει στο διπλάσιο του αριθμού των ατόμων άνω των 60 ετών από 600 σε 1500 εκατομμύρια. Αυτό σημαίνει ότι ο αριθμός των ανθρώπων που θα βιώσουν μια χρόνια ή απειλητική ασθένεια για τη ζωή θα αυξηθεί σημαντικά. Αναλυτικά, η συχνότητα παρουσίασης του καρκίνου, που απαρτίζει μία από τις πιο συχνότερες μακροχρόνιες και επίφοβες για τη ζωή ασθένειες, εκτιμάται ότι θα διπλασιαστεί και θα εκταθεί τα 24 εκατομμύρια κρούσματα το 2050. Επίσης σημαντικό είναι το γεγονός, ότι πολλοί νοσείς διαγιγνώσκονται με ήδη προχωρημένη νόσο. Έτσι οι θεραπείες, στις οποίες υποβάλλονται είναι συχνά επικοδομητικές, και προκαλούν αρκετές παρενέργειες φέρνοντας σε αύξηση του υποφέρειν. Για αυτή την ομάδα ασθενών, η δυνατότητα πρόσβασης σε ανακουφιστική φροντίδα θα παρέχει μεγάλη οφέλη, επιτυγχάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής(Fitch et all,2015)

Το 1990, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αναγνωρίζοντας τη σημαντικότητα προσφοράς της ανακουφιστικής φροντίδας, πρότεινε ένα μοντέλο δημόσιας υγείας, στο οποίο ενσωματώνεται η ανακουφιστική φροντίδα στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο αυτό συμπεριλάμβανε, συμβουλές και οδηγίες για τις κυβερνήσεις σχετικά με τις προτεραιότητες και τον τρόπο εφαρμογής εθνικών προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας και προγραμμάτων ελέγχου του καρκίνου, όπου η ανακουφιστική φροντίδα θα είναι ένας από τους τέσσερις βασικούς πυλώνες της συνολικής φροντίδας.

Το μοντέλο δημόσιας υγείας περιέχει:

1. Κατάλληλες πολιτικές.
2. Επαρκής διαθεσιμότητα των φαρμάκων.
3. Εκπαίδευσή των επαγγελματιών υγείας και του κοινού.
4. Εφαρμογή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας έχει ως σκοπό την ευαισθητοποίηση για το ενδιαφέρον στο τέλος της ζωής, την αύξηση των ενημερώσεων και δεξιοτήτων για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας και την αλλαγή της θέσης και της

συμπεριφοράς στη φροντίδα των αρρώστων που πεθαίνουν. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, θα πρέπει να αρχίζει από το προπτυχιακό επίπεδο σπουδών και να περιέχεται και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους (Chow et al, 2014)

Το άθροισμα των κλινικών νοσηλευτών θα προνοήσει τον ασθενή που χρειάζεται ανακουφιστική φροντίδα, ενώ οι φοιτητές της νοσηλευτικής αναμένεται να φροντίσουν τον ασθενή που πεθαίνει κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης. Οι νοσηλευτές και οι φοιτητές, φαίνεται να μην είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι, να υστερούν γνώσεις και δεξιότητες ως απόρροια της μη εισαγωγής της διδασκαλίας της ανακουφιστικής φροντίδας στα πλάνα των σπουδών. Παρά το γεγονός ότι υπήρξαν αγώνες για την αντιμετώπιση της έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων των φοιτητών, είναι ελάχιστες οι πληροφορίες σχετικά με το πώς θα μπορούσε να εξελιχθεί το επίπεδο ετοιμότητας τους (Chow et al, 2014)

Το 1997, η Ευρωπαϊκή Ένωση Ανακουφιστικής Φροντίδας (EAPC), πρότεινε στα στελέχη κάθε χώρας να δημιουργήσουν ένα δίκτυο εκπαίδευσης που θα έχει σύνδεση με το δίκτυο εκπαίδευσης της EAPC. Η εκπαίδευση για την ανακουφιστική φροντίδα είναι απαραίτητη να αποτελείται από διαφορετικά στάδια εκπαίδευσης, τα οποία θα αντικατοπτρίζουν το βαθμό συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στην παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας στην καθημερινή τους πρακτική (Chow et al, 2014)

Στον πίνακα που ακολουθείται, περιγράφονται τα επίπεδα της εκπαίδευσης στην ανακουφιστική φροντίδα, παίρνοντας υπόψη το γεγονός ότι σε κάποιες χώρες μπορεί να μην υπάρχει καθόλου εξειδικευμένη πανεπιστημιακή γνώση, αλλά να υπάρχει πρακτική γνώση που είναι εξίσου σημαντική.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Επίπεδο Α	Βασικό(προπτυχιακό)	Μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της αρχικής τους κατάρτισης.
Επίπεδο Α	Βασικό(μεταπτυχιακό)	Ειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε περιβάλλον γενικής φροντίδας υγείας και μπορεί να βρεθούνε αντιμέτωποι με καταστάσεις που απαιτούν προσέγγιση της ανακουφιστικής φροντίδας.
Επίπεδο Β	Προχωρημένο(μεταπτυχιακό)	Καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε εξειδικευμένες δομές ανακουφιστικής φροντίδας. Καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με ασθενείς που χρήζουν ανακουφιστική φροντίδα(π.χ. ηλικιωμένοι, ογκολογικοί

		ασθενείς)
Επίπεδο Γ	Ειδικός(μεταπτυχιακό)	Καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για ομάδες ανακουφιστικής φροντίδας ή παρέχουν συμβουλές και συμβάλλουν ενεργά στην εκπαίδευση και στην έρευνα.

Πηγή: EAPC,2004

ΜΕΡΟΣ Δ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της ανασκοπούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της γνώσης των νοσηλευτών σε θέματα που σχετίζονται με την διαχείριση του πόνου σε χρόνιους ασθενείς, αλλά και να αναδείξει τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές παρεμβαίνουν σε αυτό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pub Med και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν, επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά, στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση <<διαχείριση του χρόνιου πόνου>>(management of chronic pain), <<χρόνιος πόνος και νοσηλευτικός ρόλος>>(chronic pain and nursing role), <<χρόνιος πόνος και ψυχοθεραπεία>>(chronic pain and psychotherapy), <<χρόνιος πόνος και εναλλακτική ιατρική>>(chronic pain and alternative medicine), <<ύπνωση και χρόνιος πόνος>>(hypnosis and chronic pain).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με βάση τα κριτήρια που θέσαμε προέκυψαν 10 άρθρα που τα πληρούσαν και τα οποία τα παραθέτουμε μαζί με τις μεταφράσεις τους στα ελληνικά.

1 PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS FOR CHRONIC PAIN: EVIDENCE, RATIONALE AND ADVANTAGES.

Muhammad Hassan Majeed, Ali Ahsan Ali, Donna M. Sudak.

Background: Long-term use of opioids to treat chronic pain incurs serious risks for the individual—including misuse, abuse, addiction, overdose, and death—as well as creating economic, social, and cultural impacts on society. Chronic pain and substance use disorders are often co-morbid with other medical problems and at the present time, primary care clinicians serve most of this population. Primary care clinicians would benefit from having alternatives to opioids to employ in treating such patients.

Method: We electronically searched different medical databases for studies evaluating the effect of nonpharmacological treatments for chronic pain. We describe alternative approaches for the treatment of chronic pain and cite studies that provide substantial evidence in favor of the use of these treatments.

Results: Cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, and mindfulness-based programs have well-documented effectiveness for the treatment of chronic nonmalignant pain. Integration of such behavioral health therapies into primary care settings may optimize health resources and improve treatment outcomes.

Conclusion: Evidence-based psychotherapy for chronic pain has established efficacy and safety and improves quality of life and physical and emotional functioning. Such interventions may be used as an alternative or adjunct to pharmacological management. Chronic opioid use should be reserved for individuals undergoing active cancer treatment, palliative care, or end-of-life care.

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ: ΑΠΟΛΕΙΞΕΙΣ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ.

Ιστορικό: Η μακροχρόνια χρήση οπιοειδών για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου ενέχει σοβαρούς κινδύνους για το άτομο, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης του

εθισμού, της υπερβολικής δόσης και του θανάτου, καθώς και τη δημιουργία οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών επιπτώσεων στην κοινωνία. Οι χρόνιες διαταραχές του πόνου και η χρήση ουσιών συχνά συνοψίζονται με άλλα ιατρικά προβλήματα, και προς το παρόν οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης εξυπηρετούν το μεγαλύτερο μέρος αυτού πληθυσμού. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα επωφεληθούν από το να έχουν εναλλακτικές λύσεις έναντι των οπιοειδών για τη θεραπεία αυτών των ασθενών.

Μέθοδος: Έγινε έρευνα σε ηλεκτρονικές, διαφορετικές ιατρικές βάσεις δεδομένων για μελέτες που αξιολογούν την επίδραση των μη φαρμακολογικών θεραπειών στον χρόνιο πόνο. Περιγράφηκαν εναλλακτικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου και αναφέρθηκαν μελέτες, οι οποίες παρέχουν ουσιαστικά στοιχεία υπέρ της χρήσης αυτών των θεραπειών.

Αποτελέσματα: Η γνωστική, συμπεριφορική θεραπεία, η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης και τα προγράμματα που βασίζονται στη συνειδητοποίηση έχουν καλά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου μη κακοήθους πόνου. Η ενσωμάτωση τέτοιων συμπεριφορικών θεραπειών υγείας σε ρυθμίσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να βελτιστοποιήσει τους πόρους της υγείας και να βελτιώσει τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Συμπέρασμα: Η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία για τον χρόνιο πόνο, έχει αποδείξει αποτελεσματικότητα και ασφάλεια και βελτιώνει την ποιότητα ζωής και τη σωματική, και συναισθηματική λειτουργία. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτική ή συμπληρωματική μέθοδο στη φαρμακολογική διαχείριση. Η χρόνια χρήση οπιοειδών, πρέπει να προορίζεται για άτομα που υποβάλλονται σε ενεργή θεραπεία για τον καρκίνο, και παρηγορητική φροντίδα ή φροντίδα στο τέλος της ζωής.

2CHRONIC NON-CANCER PAIN MANAGEMENT BY NURSES IN SPECIALIST PAIN CLINICS.

Rafael Jesus Fernandez-Castillo, Eugenia Gil-Garcia, Maria-Soledad Vazquez-Santiago, Sergio Barrientos-Trigo.

Background: Chronic non-cancer pain (CNCP) is one of the major causes of disability globally, and patients who suffer from it are a complex population, which makes it difficult to provide effective care. Specialist pain clinics and nursing professionals in them are the main care providers, but there is little research conducted in this field.

Aim: To explore the attitudes and knowledge of nurses working in specialist pain clinics regarding care of CNCP patients.

Methods: Qualitative phenomenological approach. Sixteen semi-structured interviews were conducted in 2017 with nurses who worked in specialist pain clinics in six hospitals in southern Spain.

Results: Data analysis led to the formation of two categories, ‘being trained and improving knowledge in CNCP’ and ‘the challenge of caring for patients with CNCP’, and five subcategories.

Conclusion: The need for care in CNCP is not covered by nurses in all the areas it requires. Lack of time, staffing issues, and specific training in this area makes it difficult to provide care. However, some areas for improvement are proposed, such as psychological interventions, group workshops, continuous training, and multidisciplinary teams.

ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΣ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΟΝΟΥ.

Ιστορικό: Ο χρόνιος μη καρκινικός πόνος(CNCP) είναι μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως, και οι ασθενείς που πάσχουν από αυτό είναι ένας πολύπλοκος πληθυσμός, γεγονός που καθιστά δύσκολη την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας. Οι εξειδικευμένες κλινικές πόνου και οι επαγγελματίες νοσηλευτικής σε

αυτούς είναι οι κύριοι παροχή φροντίδας, αλλά υπάρχει ελάχιστη έρευνα σε αυτό τον τομέα.

Μέθοδος: Μια ποιοτική , φαινομενολογική προσέγγιση, 16 ημιδομημένες συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν το 2017 με νοσοκόμες που εργάστηκαν σε εξειδικευμένες κλινικές πόνου σε 6 νοσοκομεία στην νότια Ισπανία.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεδομένων οδήγησε στο σχηματισμό δύο κατηγοριών: <<εκπαίδευση και βελτίωση γνώσεων στο CNCP>>, και <<πρόκληση φροντίδας ασθενών με CNCP>> και πέντε υποκατηγορίες.

Συμπέρασμα: Η ανάγκη φροντίδας στο CNCP δεν καλύπτεται από νοσηλευτές σε όλους τους τομείς που απαιτείται. Η έλλειψη χρόνου, τα θέματα προσωπικού και η ειδική εκπαίδευση σε αυτόν τον τομέα καθιστούν δύσκολη την παροχή φροντίδας. Ωστόσο, προτείνονται ορισμένοι τομείς βελτίωσης, όπως ψυχολογικές παρεμβάσεις, ομαδικά εργαστήρια , συνεχής εκπαίδευση και πολυεπιστημονικές ομάδες.

3VITAMIN D DEFICIENCY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE.

Alex Ulitsky MD, Ashwin N. Ananthakrishnan MD., Amar Naik MD., Sue Skaros PA., Yelena Zadvornova MD, David G. Binion MD, Mazen Issa MD.

Background: Vitamin D deficiency is common in inflammatory bowel disease (IBD). The aim of the study was to determine the prevalence and predictors of vitamin D deficiency in an IBD cohort. It was hypothesized that vitamin D deficiency is associated with increased disease activity and lower health-related quality of life (HRQOL).

Methods: This was a retrospective cohort study. Harvey-Bradshaw index and ulcerative colitis disease activity index were used to assess disease activity. Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire scores were used to assess HRQOL. Multivariate logistic regression was used to identify independent predictors of vitamin D deficiency and its association with disease activity and HRQOL.

Results: The study included 504 IBD patients (403 Crohn's disease [CD] and 101 ulcerative colitis [UC]) who had a mean disease duration of 15.5 years in CD patients and 10.9 years in UC patients; 49.8% were vitamin D deficient, with 10.9% having severe deficiency. Vitamin D deficiency was associated with older age ($P = .004$) and older age at diagnosis ($P = .03$). Vitamin D deficiency was associated with lower HRQOL (regression coefficient -2.21 , 95% confidence interval [CI], -4.10 to -0.33) in CD but not UC (regression coefficient 0.41 , 95% CI, -2.91 to 3.73). Vitamin D deficiency was also associated with increased disease activity in CD (regression coefficient 1.07 , 95% CI, 0.43 to 1.71).

Conclusions: Vitamin D deficiency is common in IBD and is independently associated with lower HRQOL and greater disease activity in CD. There is a need for prospective studies to assess this correlation and examine the impact of vitamin D supplementation on disease course.

Η ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Ιστορικό: Η ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι συχνή σε φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD). Ο στόχος της μελέτης ήταν να προσδιορίσει τον επιπολασμό και τους προγνωστικούς παράγοντες της ανεπάρκειας βιταμίνης D σε μια κοόρτη IBD. Υποτίθεται ότι η ανεπάρκεια βιταμίνης D σχετίζεται με αυξημένη δραστηριότητα της νόσου και χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Μέθοδος: Η έρευνα ήταν μια μελέτη αναδρομικής κοόρτης. Ο δείκτης Harvey-Bradshaw και ο δείκτης δραστηριότητας της ελκώδους κολίτιδας χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της δραστηριότητας της νόσου. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για τη σύντομη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Πολυμεταβλητή, λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό ανεξάρτητων προγνωστικών, της ανεπάρκειας βιταμίνης D και της συσχέτισης της με τη δραστηριότητα της νόσου και την ποιότητα της ζωής με την υγεία.

Αποτελέσματα: Η μελέτη περιλάμβανε 504 ασθενείς με έλλειψη βιταμίνης D, 403 ασθενείς με νόσο του Crohn και 101 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι είχαν μέση διάρκεια ασθένειας 15,5 ετών σε ασθενείς με νόσο του Crohn, και 10,9 χρόνια σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Το 49,8% είχε ανεπάρκεια βιταμίνης D, ενώ το 10,9% είχε σοβαρή ανεπάρκεια. Η ανεπάρκεια βιταμίνης D συσχετίστηκε με μεγαλύτερη ηλικία ($P=0,004$) και μεγαλύτερη ηλικία κατά τη διάγνωση ($P=0,03$). Η ανεπάρκεια βιταμίνης D συσχετίστηκε με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής της υγείας, σε νόσο του Crohn αλλά όχι σε ελκώδη κολίτιδα. Η ανεπάρκεια βιταμίνης D συσχετίστηκε επίσης με αυξημένη δραστηριότητα νόσου σε νόσο του Crohn.

Συμπέρασμα: Η ανεπάρκεια βιταμίνη D είναι συχνή στην φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και σχετίζεται ανεξάρτητα με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής και μεγαλύτερη δραστηριότητα νόσου σε νόσο του Crohn. Υπάρχει ανάγκη για προοπτικές μελέτες για την αξιολόγηση αυτού του συσχετισμού και την εξέταση της επίδρασης της συμπλήρωσης της βιταμίνης D στην πορεία της νόσου.

4 MEDICINAL HERBS IN THE TREATMENT OF NEUROPATHIC PAIN: A REVIEW.

Fatemeh Forouzanfar, Hossein Hosseinzadeh.

Chronic neuropathic pain is a common significant and debilitating problem that presents a major challenge to healthcare. Despite the large number of available drugs, there are no curative conventional treatments for neuropathic pain. Nowadays, more attention has been focused on the herbal formulation in the field of drug discovery. Therefore, we performed an extensive review about herbal drugs and plants that exhibited protective effects on neuropathic pain. In this review, the beneficial effects of each plant in different neuropathic pain model, either in animals or in patients are reported. Moreover, the possible involved mechanisms for the protective effects are

discussed. The more common plants which are used for the treatment of neuropathic pain are included as: *Acorus calamus*, *Artemisia dracunculus*, *Butea monosperma*, *Citrullus colocynthis*, *Curcuma longa*, *Crocus sativus*, *Elaeagnus angustifolia*, *Ginkgo biloba*, *Mitragyna speciosa*, *Momordica charantia*, *Nigella sativa*, *Ocimum sanctum*, *Phyllanthus amarus*, *Pterodon pubescens* Benth, *Rubia cordifolia* and *Salvia officinalis*. Furthermore, the most pathways which are known to be involved in pain relief by means of herbal remedies are antioxidant activity, anti-inflammatory, anti-apoptotic, neuroprotective and calcium inhibitory actions. In conclusion, this review suggests that some herbal plants can be suitable candidates for the treatment of neuropathic pain.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΦΥΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ: ΜΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος είναι ένα συνηθισμένο σημαντικό και εξουθενωτικό πρόβλημα που αποτελεί μείζονα πρόκληση για την υγειονομική περίθαλψη. Παρά τον μεγάλο αριθμό διαθέσιμων φαρμάκων, δεν υπάρχουν θεραπευτικές συμβατικές θεραπείες για τον νευροπαθητικό πόνο. Σήμερα, περισσότερη προσοχή έχει επικεντρωθεί στη φυτική σύνθεση στον τομέα της ανακάλυψης φαρμάκων. Επομένως, πραγματοποιήθηκε μια εκτενή ανασκόπηση σχετικά με φυτικά φάρμακα και φυτά που παρουσίασαν προστατευτικές επιδράσεις στον νευροπαθητικό πόνο. Σε αυτήν την ανασκόπηση, αναφέρονται τα ευεργετικά αποτελέσματα κάθε φυτού σε διαφορετικό μοντέλο νευροπαθητικού πόνου, είτε σε ζώα είτε σε ασθενείς. Επιπλέον, συζητούνται οι πιθανοί εμπλεκόμενοι μηχανισμοί για τα προστατευτικά αποτελέσματα. Τα πιο κοινά φυτά που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνονται ως: *Acorus calamus*, *Artemisia dracunculus*, *Butea monosperma*, *Citrullus colocynthis*, *Curcuma longa*, *Crocus sativus*, *Elaeagnus angustifolia*, *Ginkgo biloba*, *Mitragyna speciosa*, *Momordica charantia*, *Nigella sativa*, *Ocimum sacum*, *Phyllanthus amaria*, *Pousiafus*. Επιπλέον, οι περισσότερες οδούς που είναι γνωστό ότι εμπλέκονται στην ανακούφιση από τον πόνο μέσω φυτικών θεραπειών είναι αντιοξειδωτική δράση, αντιφλεγμονώδεις, αντι-αποπτωτικές, νευροπροστατευτικές και ανασταλτικές δράσεις ασβεστίου. Συμπερασματικά, αυτή η ανασκόπηση δείχνει ότι ορισμένα φυτικά φυτά μπορούν να είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου.

5 Effect of Acupuncture on Chronic Pain with Depression: A Systematic Review.

Bin Yan, Shibai Zhu, Yu Wang, Gula Da, Guoqing Tian.

Background. Numerous studies suggested that chronic pain and depression were closely related and widespread in the population. When patients have symptoms of chronic pain and depression, the corresponding treatment will become difficult. Acupuncture, a unique therapeutic method of traditional Chinese medicine, has been reported to potentially serve as an alternative treatment for patients with comorbid chronic pain and depression by many research studies.

Methods. A comprehensive search was conducted through the online database, including the Cochrane Library, PubMed, EMBASE, SinoMed, CNKI, and Wanfang database. Trials were RCTs published in the English or Chinese language, recruiting participants with chronic pain and depression comorbidity. The primary outcomes were the Visual Analogue Scale (VAS) and Hamilton Depression Scale (HAMD). Statistical analyses were conducted using Review Manager 5.3. Each trial was quality appraised with the five-point Jadad Score.

Results. 7 eligible RCTs involving 535 patients were included. Better therapeutic effect and safety could be observed in the experimental group compared with the control group. There was a significant decrease in the VAS (mean difference (MD) = -0.68 (-1.24, -0.12),) and HAMD (MD = -2.18 (-3.09, -1.26),) scores and the incidence of adverse events between two groups.

Conclusion. In the treatment of chronic pain with depression, acupuncture could not only get better clinical efficacy, but also have higher security compared with medicine therapy, which can be used in patients with poorer response to the conventional medication or suffering from serious side effects.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Ιστορικό. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη ήταν στενά συνδεδεμένοι και διαδεδομένοι στον πληθυσμό. Όταν οι ασθενείς έχουν συμπτώματα χρόνιου πόνου και κατάθλιψης, η αντίστοιχη θεραπεία θα γίνει δύσκολη. Ο βελονισμός, μια μοναδική θεραπευτική μέθοδος της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής, έχει αναφερθεί ότι μπορεί δυνητικά να χρησιμεύσει ως εναλλακτική θεραπεία για ασθενείς με συννοσηρό χρόνιο πόνο και κατάθλιψη από πολλές ερευνητικές μελέτες.

Μέθοδοι. Πραγματοποιήθηκε μια ολοκληρωμένη αναζήτηση μέσω της διαδικτυακής βάσης δεδομένων, συμπεριλαμβανομένης της βάσης δεδομένων Cochrane Library, PubMed, EMBASE, SinoMed, CNKI και Wanfang. Οι δοκιμές ήταν RCTs που δημοσιεύθηκαν στην αγγλική ή κινέζικη γλώσσα, προσλαμβάνοντας συμμετέχοντες με χρόνιο πόνο και συννοσηρότητα κατάθλιψης. Τα κύρια αποτελέσματα ήταν η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) και η κλίμακα κατάθλιψης του Χάμιλτον (HAMD). Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το Review Manager 5.3. Κάθε ίχνος αξιολογήθηκε με την βαθμολογία Jadad πέντε σημείων.

Αποτελέσματα. Συμπεριλήφθηκαν 7 επιλέξιμα RCT με 535 ασθενείς. Καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και ασφάλεια θα μπορούσαν να παρατηρηθούν στην πειραματική ομάδα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Υπήρξε σημαντική μείωση στο VAS (μέση διαφορά (MD) = 0,68 (-1,24, -0,12),) και HAMD (MD = -2,18 (-3,09, -1,26),) και η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών μεταξύ δύο ομάδων.

Συμπέρασμα. Στη θεραπεία του χρόνιου πόνου με κατάθλιψη, ο βελονισμός δεν θα μπορούσε μόνο να έχει καλύτερη κλινική αποτελεσματικότητα, αλλά και να έχει μεγαλύτερη ασφάλεια σε σύγκριση με τη φαρμακευτική θεραπεία, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με κακή ανταπόκριση στο συμβατικό φάρμακο ή που πάσχουν από σοβαρές παρενέργειες.

6 PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS INFLUENCE PATIENTS' ATTITUDES AND BELIEFS ABOUT THEIR CHRONIC PAIN.

Audrey Vanhaudenhuyse, Aline Gillet, Nicole Malaise, Irene Salamun, Stephanie Grosdent, Didier Maquet, Anne-Sophie Nyssen, Marie-Elisabeth Faymonville.

Background: Patients' changing attitudes and beliefs about pain are considered as improvements in the treatment of chronic pain. Multidisciplinary approaches to pain allow modifications of coping strategies of patients, from passive to active.

Methods: We investigate how two therapeutic treatments impact patients' attitudes and beliefs regarding pain, as measured with the Survey of Pain Attitudes (SOPA). We allocated 415 patients with chronic pain either to psychoeducation combined with physiotherapy, self-hypnosis combined with self-care learning, or to control groups. Pain intensity, global impression of change, and beliefs and attitudes regarding pain were assessed before and after treatment.

Results: Our main results showed a significant effect of psychoeducation/physiotherapy on control, harm, and medical cure SOPA subscales; and a significant effect of self-hypnosis/self-care on control, disability, and medical cure subscales. Correlation results showed that pain perception was negatively associated with control, while positively associated with disability, and a belief that hurt signifies harm. Patients' impression of improvement was associated with greater control, lower disability, and lower belief that hurt signifies harm.

Conclusions: The present study showed that self-hypnosis/self-care and psychoeducation/physiotherapy were associated with patients' evolution of coping strategies from passive to active, allowing them to reduce pain perception and improve their global impression of treatment effectiveness.

ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ ΤΟΥΣ.

Ιστορικό: Οι μεταβαλλόμενες στάσεις και οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τον πόνο θεωρούνται βελτιώσεις στη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Οι διεπιστημονικές προσεγγίσεις για τον πόνο επιτρέπουν τροποποιήσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης των ασθενών, από παθητική έως ενεργή.

Μέθοδοι: Ερευνήθηκε πώς δύο θεραπευτικές θεραπείες επηρεάζουν τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τον πόνο, όπως μετρήθηκε με την Έρευνα των Συναισθημάτων Πόνου (SOPA). Διατέθηκαν 415 ασθενείς με χρόνιο πόνο είτε σε ψυχοεκπαίδευση σε συνδυασμό με φυσιοθεραπεία, αυτό-ύπνωση σε συνδυασμό με μάθηση αυτό-φροντίδας, είτε σε ομάδες ελέγχου. Η ένταση του πόνου, η παγκόσμια εντύπωση αλλαγής και οι πεποιθήσεις και στάσεις σχετικά με τον πόνο αξιολογήθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία.

Αποτελέσματα: Τα κύρια αποτελέσματά έδειξαν σημαντική επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης / φυσιοθεραπείας στον έλεγχο, τις βλάβες και την ιατρική θεραπεία SOPA subscales, και μια σημαντική επίδραση της αυτό-ύπνωσης / αυτό-φροντίδας στον έλεγχο, τις αναπηρίες και τις υποκατηγορίες ιατρικής θεραπείας. Τα αποτελέσματα συσχέτισης έδειξαν ότι η αντίληψη του πόνου συσχετίστηκε αρνητικά με τον έλεγχο, ενώ θετικά συσχετίστηκε με την αναπηρία και μια πεποίθηση ότι ο πόνος σημαίνει βλάβη. Η εντύπωση βελτίωσης των ασθενών συσχετίστηκε με μεγαλύτερο έλεγχο, χαμηλότερη αναπηρία και χαμηλότερη πεποίθηση ότι ο πόνος σημαίνει βλάβη.

Συμπέρασμα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η αυτό-ύπνωση / αυτό-φροντίδα και η ψυχοεκπαίδευση / φυσικοθεραπεία συσχετίστηκαν με την εξέλιξη των στρατηγικών αντιμετώπισης των ασθενών από παθητική σε ενεργή, επιτρέποντάς τους να μειώσουν την αντίληψη του πόνου και να βελτιώσουν την παγκόσμια εντύπωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

7 EFFICACIES OF SELF-HYPNOSIS ON QYALITY OF LIFE FOR CHILDREN WITH CHRONIC PAIN SYNDROME.

Hororine Delivet, Sophie Dugue, Alexis Ferrari, Silvia Postone, Souhayl Dahmani.

Background: The aim of this study was to assess the efficacy of self-hypnosis in a therapeutic education program (TEP) for the management of chronic pain in 26 children aged 7 to 17 years.

Methods: The study was a retrospective observational cohort study performed from January 2013 to December 2013. It was approved by our institutional IRB (Comité devaluation de l’Ethique des projects de Recherche Biomédicale (CEERB) Paris Nord. Informed, written consent was waived from the IRB, as this study was retrospective.

Results: Over the study period, 50 patients underwent a multidisciplinary pain consultation. Twenty-four did not require psychological follow-up, because the multidisciplinary team did not deem the TEP to be warranted. The remaining 26 patients suffered from chronic pain associated with a decrease in sleep quality and social and/or physical activity. All patients agreed with the proposed treatment, and there were no missing data for these patients. Among the patients included, six refused hypnosis and benefited from another psychological support (all underwent simple psychological discussions performed by a trained psychologist). Twenty patients underwent hypnosis as a psychological support, and 17 agreed to perform self-hypnosis at home.

Conclusions: Management of pediatric chronic pain in a multidisciplinary therapeutic education program can significantly decrease pain sensation and improve quality of life in up to 42% of patients. Our study also suggests the efficacy of self-hypnosis, used during this multidisciplinary educational therapeutic program, in improving pain, sleep quality, and social activity in pediatric patients with chronic pain. This promising result must be further explored by other prospective studies using validated tools for measurement of hypnotizable, sleep quality, and quality of life.

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟ-ΥΠΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Ιστορικό: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα της αυτό-ύπνωσης σε ένα πρόγραμμα θεραπευτικής εκπαίδευσης (TEP) για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου σε 26 παιδιά ηλικίας 7 έως 17 ετών.

Μέθοδος: Η μελέτη ήταν μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης κοόρτης που πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2013 έως τον Δεκέμβριο του 2013. Εγκρίθηκε από το θεσμικό μας IRB (Comité d'Evaluation de l'Ethique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB) Paris Nord. Ενημερωμένη, γραπτή συγκατάθεση παραιτήθηκε από το IRB, καθώς αυτή η μελέτη ήταν αναδρομική.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της μελέτης, 50 ασθενείς υποβλήθηκαν σε διεπιστημονική διαβούλευση για τον πόνο. Είκοσι τέσσερα δεν απαιτούσαν ψυχολογική παρακολούθηση, επειδή η διεπιστημονική ομάδα δεν έκρινε ότι το TEP δικαιολογείται. Οι υπόλοιποι 26 ασθενείς υπέφεραν από χρόνια πόνο που σχετίζεται με μείωση της ποιότητας του ύπνου και κοινωνική ή / και σωματική δραστηριότητα. Όλοι οι ασθενείς συμφώνησαν με την προτεινόμενη θεραπεία και δεν υπήρχαν ελλείποντα δεδομένα για αυτούς τους ασθενείς. Μεταξύ των ασθενών που περιλαμβάνονται, έξι αρνήθηκαν την ύπνωση και επωφελήθηκαν από μια άλλη ψυχολογική υποστήριξη (όλοι υποβλήθηκαν σε απλές ψυχολογικές συζητήσεις που πραγματοποιήθηκαν από εκπαιδευμένο ψυχολόγο). Είκοσι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ύπνωση ως ψυχολογική υποστήριξη και 17 συμφώνησαν να κάνουν αυτό-ύπνωση στο σπίτι.

Συμπέρασμα: Η διαχείριση του παιδιατρικού χρόνιου πόνου σε ένα πολυθεματικό πρόγραμμα θεραπευτικής εκπαίδευσης μπορεί να μειώσει σημαντικά την αίσθηση του πόνου και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε έως και 42% των ασθενών. Η μελέτη μας προτείνει επίσης την αποτελεσματικότητα της αυτό-ύπνωσης, που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια αυτού του διεπιστημονικού εκπαιδευτικού θεραπευτικού προγράμματος, στη βελτίωση του πόνου, της ποιότητας του ύπνου και της κοινωνικής δραστηριότητας σε παιδιατρικούς ασθενείς με χρόνια πόνο. Αυτό το πολλά υποσχόμενο αποτέλεσμα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω από άλλες προοπτικές μελέτες χρησιμοποιώντας επικυρωμένα εργαλεία για τη μέτρηση της υπνωτιστικότητας, της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας ζωής.

8 VIRTUAL REALITY AS AN ADJUNCT HOME THERAPY IN CHRONIC PAIN MANAGEMENT: AN EXPLORATORY STUDY.

Bernie Garrett, Tarnia Taverner, Paul McDade.

Background: Virtual reality (VR) therapy has been successfully used as an adjunct therapy for the management of acute pain in adults and children, and evidence of potential efficacy in other health applications is growing. However, minimal research exists on the value of VR as an intervention for chronic pain.

Methods: An exploratory approach using a case series and personal interviews was used. Ten chronic pain patients received VR therapy for 30 min on alternate days for 1 month. Pre- and postexposure (immediately afterwards, 3 h, and at 24 h) pain assessment was recorded using the Numerical Rating Scale (NRS), and weekly using the Brief Pain Inventory (BPI) and Self-completed Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs pain scale (S-LANSS). Terminal semi structured personal interviews with the patients were also undertaken.

Results: Of the 8 patients who completed the study, 5 of them reported that pain was reduced during the VR experience but no overall treatment difference in pain scores postexposure was observed. VR was not associated with any serious adverse events, although 60% of patients reported some cybersickness during some of the experiences.

Conclusions: Of note is that the majority of these study participants reported a reduction in pain while using the VR but with highly individualized responses. One patient also reported some short-term improved mobility following VR use. Some evidence was found for the short-term efficacy of VR in chronic pain but no evidence for persistent benefits.

Η ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΟΙΚΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ: ΜΙΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

Ιστορικό: Η θεραπεία εικονικής πραγματικότητας (VR) έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς ως συμπληρωματική θεραπεία για τη διαχείριση του οξέος πόνου σε ενήλικες και παιδιά και αυξάνεται η απόδειξη πιθανής αποτελεσματικότητας σε άλλες εφαρμογές υγείας. Ωστόσο, υπάρχει ελάχιστη έρευνα σχετικά με την αξία του VR ως παρέμβαση για χρόνιο πόνο.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε μια διερευνητική προσέγγιση χρησιμοποιώντας μια σειρά περιπτώσεων και προσωπικές συνεντεύξεις. Δέκα ασθενείς με χρόνιο πόνο έλαβαν θεραπεία VR για 30 λεπτά σε εναλλακτικές ημέρες για 1 μήνα. Πριν και μετά την έκθεση (αμέσως μετά, 3 ώρες και στις 24 ώρες) η αξιολόγηση του πόνου καταγράφηκε χρησιμοποιώντας την Αριθμητική Κλίμακα Αξιολόγησης (NRS) και εβδομαδιαία χρησιμοποιώντας το Brief Pain Inventory (BPI) και την αυτό-ολοκληρωμένη εκτίμηση του Leeds των Νευροπαθητικών Συμπτωμάτων και Σημάτων κλίμακα πόνου (S-LANSS). Πραγματοποιήθηκαν επίσης τελικές ημιδομημένες προσωπικές συνεντεύξεις με τους ασθενείς.

Αποτελέσματα: Από τους 8 ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη μελέτη, 5 από αυτούς ανέφεραν ότι ο πόνος μειώθηκε κατά τη διάρκεια της εμπειρίας VR αλλά δεν παρατηρήθηκε συνολική διαφορά θεραπείας στα αποτελέσματα πόνου μετά την έκθεση. Η VR δεν συσχετίστηκε με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, αν και το 60% των ασθενών ανέφεραν κάποια κυβερνο-ασθένεια κατά τη διάρκεια ορισμένων από τις εμπειρίες.

Συμπέρασμα: Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία αυτών των συμμετεχόντων στη μελέτη ανέφεραν μείωση του πόνου κατά τη χρήση του VR, αλλά με εξαιρετικά εξατομικευμένες απαντήσεις. Ένας ασθενής ανέφερε επίσης κάποια βραχυπρόθεσμη βελτιωμένη κινητικότητα μετά τη χρήση VR. Μερικά στοιχεία βρέθηκαν για τη βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της VR στον χρόνιο πόνο, αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία για επίμονα οφέλη.

9 PRELIMINARY EVALUATION OF THE EFFICACY, SAFETY, AND COSTS ASSOCIATED WITH THE TREATMENT OF CHRONIC PAIN WITH MEDICAL CANNABIS.

Terrance Bellnier, Geoffrey W. Brown, Tulio R. Ortega.

Background: Medical cannabis (MC) is commonly claimed to be an effective treatment for chronic or refractory pain. With interest in MC in the United States growing, as evidenced by the 29 states and 3 US districts that now have public MC programs, the need for clinical evidence supporting this claim has never been greater.

Methods: This was a retrospective, mirror-image study that investigated MC's effectiveness in patients suffering from chronic pain associated with qualifying conditions for MC in New York State. The primary outcome was to compare European Quality of Life 5 Dimension Questionnaire (EQ-5D) and Pain Quality Assessment Scale (PQAS) scores at baseline and 3 months post-therapy. The secondary outcomes included comparisons of monthly analgesic prescription costs and opioid consumption pre- and post-therapy. Tolerability was assessed by side effect incidence.

Results: This investigation included 29 subjects. Quality of life and pain improved, measured by change in EQ-5D (Pre 36 – Post 64, $P < .0001$) and change in PQAS paroxysmal (Pre 6.76 – Post 2.04, $P < .0001$), surface (Pre 4.20 – Post 1.30, $P < .0001$), deep (Pre 5.87 – Post 2.03, $P < .0001$), unpleasant (Pre “miserable” – Post “annoying”, $P < .0001$). Adverse effects were reported in 10% of subjects.

Conclusions: After 3 months treatment, MC improved quality of life, reduced pain and opioid use, and lead to cost savings. Large randomized clinical trials are warranted to further evaluate the role of MC in the treatment of chronic pain.

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ, ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ KANNABH.

Ιστορικό: Η ιατρική κάνναβη (MC) ισχυρίζεται συνήθως ότι είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για χρόνια ή πυρίμαχο πόνο. Με το ενδιαφέρον για το MC στις Ηνωμένες Πολιτείες να αυξάνεται, όπως αποδεικνύεται από τις 29 πολιτείες και 3 περιφέρειες των ΗΠΑ που έχουν πλέον δημόσια προγράμματα MC, η ανάγκη για κλινικά στοιχεία που υποστηρίζουν αυτόν τον ισχυρισμό δεν ήταν ποτέ μεγαλύτερη.

Μέθοδος: Αυτή ήταν μια αναδρομική, ανακλαστική μελέτη που διερεύνησε την αποτελεσματικότητα του MC σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πόνο που σχετίζεται με καταστάσεις που πληρούν τις προϋποθέσεις για MC στη Νέα Υόρκη. Το πρωταρχικό αποτέλεσμα ήταν να συγκριθούν οι βαθμολογίες του European Quality of Life 5 Dimension ερωτηματολόγιο (EQ-5D) και της κλίμακας αξιολόγησης της ποιότητας πόνου (PQAS) κατά την έναρξη και 3 μήνες μετά τη θεραπεία. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα περιλάμβαναν συγκρίσεις μηνιαίου κόστους αναλγητικής συνταγής και κατανάλωσης οπιοειδών πριν και μετά τη θεραπεία. Η ανεκτικότητα αξιολογήθηκε με επίπτωση παρενεργειών.

Αποτελέσματα: Αυτή η έρευνα περιελάμβανε 29 θέματα. Η ποιότητα ζωής και ο πόνος βελτιώθηκαν, μετρήθηκαν με την αλλαγή στο EQ-5D (Pre 36 - Post 64, $P < .0001$) και την αλλαγή στο PQAS παροξυσμικό (Pre 6.76 - Post 2.04, $P < .0001$), επιφάνεια (Pre 4.20 - Post 1.30, $P < .0001$), βαθιά (Pre 5.87 - Post 2.03, $P < .0001$), δυσάρεστο (Pre "δυστυχισμένο" - Post "ενοχλητικό", $P < .0001$). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρθηκαν στο 10% των ατόμων.

Συμπέρασμα: Μετά από 3 μήνες θεραπείας, η MC βελτίωσε την ποιότητα ζωής, μείωσε τον πόνο και τη χρήση οπιοειδών και οδήγησε σε εξοικονόμηση κόστους. Απαιτούνται μεγάλες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές για περαιτέρω αξιολόγηση του ρόλου της MC στη θεραπεία του χρόνιου πόνου.

10 EFFECTIVENESS OF FIXED-SITE HIGH FREQUENCY TRANSCUTANEOUS ELECTRICAL NERVE STIMULATION IN CHRONIC PAIN : A LARGE SCALE, OBSERVATIONAL STUDY.

Xuan Kong, Shai N. Gozani.

Background: There is a need for nonpharmacological treatment options for chronic pain. FS-TENS improved multisite chronic pain in a previous interventional study. Large observational studies are needed to further characterize its effectiveness.

Methods: This retrospective observational cohort study examined changes in chronic pain measures following 60 days of FS-TENS use. The study data were obtained from FS-TENS users who uploaded their device utilization and clinical data to an online database. The primary outcome measures were changes in pain intensity and pain interference with sleep, activity, and mood on an 11-point numerical rating scale. Dose–response associations were evaluated by stratifying subjects into low (≤ 30 days), intermediate (31–56 days), and high (≥ 57 days) utilization subgroups. FS-TENS effectiveness was quantified by baseline to follow-up group differences and a responder analysis ($\geq 30\%$ improvement in pain intensity or ≥ 2 -point improvement in pain interference domains).

Results: Utilization and clinical data were collected from 11,900 people using FS-TENS for chronic pain, with 713 device users meeting the inclusion and exclusion criteria. Study subjects were generally older, overweight adults. Subjects reported multisite pain with a mean of 4.8 (standard deviation [SD] 2.5) pain sites. A total of 97.2% of subjects identified low back and/or lower extremity pain, and 72.9% of subjects reported upper body pain. All pain measures exhibited statistically significant group differences from baseline to 60-day follow-up. The largest changes were pain interference with activity (-0.99 ± 2.69 points) and mood (-1.02 ± 2.78 points). A total of 48.7% of subjects exhibited a clinically meaningful reduction in pain interference with activity or mood. This proportion increased to 57.1% for the high utilization subgroup.

Conclusions: FS-TENS is a practical option for treating multisite chronic pain. The greatest impact is on pain interference with activity and mood. FS-TENS utilization

and effectiveness exhibit a dose–response association, suggesting that daily use maximizes pain relief.

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΥΨΗΛΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ , ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΘΕΣΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ.

Ιστορικό: Υπάρχει ανάγκη για μη φαρμακολογικές θεραπευτικές επιλογές για χρόνιο πόνο. Το FS-TENS βελτίωσε τον πολύχρονο χρόνιο πόνο σε προηγούμενη επεμβατική μελέτη. Απαιτούνται μεγάλες μελέτες παρατήρησης για να χαρακτηριστεί περαιτέρω η αποτελεσματικότητά της.

Μέθοδος: Αυτή η αναδρομική μελέτη παρατήρησης κοόρτης εξέτασε τις αλλαγές στα μέτρα χρόνιου πόνου μετά από 60 ημέρες χρήσης FS-TENS. Τα δεδομένα της μελέτης ελήφθησαν από χρήστες FS-TENS που ανέβασαν τη χρήση της συσκευής τους και τα κλινικά τους δεδομένα σε μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Τα κύρια μέτρα έκβασης ήταν οι αλλαγές στην ένταση του πόνου και την παρεμβολή του πόνου στον ύπνο, τη δραστηριότητα και τη διάθεση σε αριθμητική κλίμακα βαθμολογίας 11 πόντων. Οι συσχετίσεις δόσης-απόκρισης αξιολογήθηκαν με διαστρωμάτωση των ατόμων σε χαμηλές (≤ 30 ημέρες), ενδιάμεσες (31–56 ημέρες) και υψηλές (≥ 57 ημέρες) υποομάδες χρήσης. Η αποτελεσματικότητα του FS-TENS ποσοτικοποιήθηκε με βάση τις διαφορές της ομάδας αναφοράς και την ανάλυση των ανταποκριτών (βελτίωση κατά 30% στην ένταση του πόνου ή βελτίωση κατά 2-σημεία στους τομείς παρεμβολής του πόνου).

Αποτελέσματα: Η χρήση και τα κλινικά δεδομένα συλλέχθηκαν από 11.900 άτομα που χρησιμοποιούν FS-TENS για χρόνιο πόνο, με 713 χρήστες συσκευών να πληρούν τα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού. Τα θέματα της μελέτης ήταν γενικά μεγαλύτεροι, υπέρβαροι ενήλικες. Τα άτομα ανέφεραν πόνο πολλαπλών σημείων με μέσο όρο 4,8 (τυπική απόκλιση [SD] 2,5) θέσεις πόνου. Συνολικά, το 97,2% των ατόμων αναγνώρισαν πόνο στην πλάτη ή / και στο κάτω άκρο και το 72,9% των ατόμων ανέφεραν πόνο στο άνω μέρος του σώματος. Όλα τα μέτρα πόνου εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ομάδας από την έναρξη έως την παρακολούθηση 60 ημερών. Οι μεγαλύτερες αλλαγές ήταν η παρεμβολή του πόνου στη δραστηριότητα

($-0,99 \pm 2,69$ βαθμοί) και η διάθεση ($-1,02 \pm 2,78$ βαθμοί). Συνολικά, το 48,7% των ατόμων παρουσίασε κλινικά σημαντική μείωση της παρεμβολής του πόνου στη δραστηριότητα ή τη διάθεση. Αυτό το ποσοστό αυξήθηκε στο 57,1% για την υποομάδα υψηλής χρήσης.

Συμπέρασμα: Το FS-TENS είναι μια πρακτική επιλογή για τη θεραπεία χρόνιου πόνου πολλαπλών σημείων. Ο μεγαλύτερος αντίκτυπος είναι στην παρέμβαση του πόνου στη δραστηριότητα και στη διάθεση. Η χρήση και η αποτελεσματικότητα του FS-TENS εμφανίζουν συσχέτιση δόσης-απόκρισης, υποδηλώνοντας ότι η καθημερινή χρήση μεγιστοποιεί την ανακούφιση από τον πόνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση και η αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί σημαντικό κομμάτι τόσο για τον ασθενή όσο και για την κοινωνία. Ο στόχος της αντιμετώπισης του πόνου είναι να μπορέσει να προσφέρει στον ασθενή την ανακούφιση που χρειάζεται στην καθημερινότητα του. Σήμερα η τεχνολογία έχει προχωρήσει, καθώς υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης του πόνου, οι οποίοι βοηθούν στο να μην πονάνε οι ασθενείς. Η φαρμακευτική αγωγή και οι εναλλακτικές θεραπείες είναι δύο τρόποι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά ή και ακόμη ξεχωριστά.

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε πως υπάρχουν αρκετές έρευνες σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες για την διαχείριση του χρόνιου πόνου. Η ύπνωση, το θεραπευτικό άγγιγμα, ο βελονισμός, οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, η βοτανοθεραπεία, η εικονική πραγματικότητα και η θεραπευτική κάνναβη αποτελούν κάποιες από τις θεραπευτικές αγωγές, οι οποίες χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου.

Κάποιες από αυτές τις θεραπευτικές μεθόδους έχουν βοηθήσει σε αρκετό βαθμό τους ασθενείς και κάποιες άλλες χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να φανερωθεί αν όντως είναι αποτελεσματικές. Παρ' όλα αυτά επειδή η διαχείριση του πόνου και η αντιμετώπιση του αποτελούν μεγάλο κομμάτι στην κλινική πρακτική φανερώνονται και πολλά ζητήματα.

ΜΕΡΟΣ Ε

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Abbot, S.** (2009). Social capital and health: The problematic roles of social networks and social surveys. *Health Sociology Review* 18 (3): 297-306.
2. **Aguirre, J., Del Moral, A., Cobo, I., Borgeat, A., & Blumenthal, S.** (2012). The role of continuous peripheral nerve blocks. *Anesthesiology research and practice*, 2012.
3. **Ashburn, M., A., & Staats, P. S.** (1999). Management of chronic pain. *The Lancet*, 353(9167), 1865-1869.
4. **Baird, M., S., Keen, J., H., & Swearingen, P., L.** (2010). Επείγουσα Νοσηλευτική ΜΕΘ, νοσηλευτικές παρεμβάσεις και συνεργατική αντιμετώπιση. Εκδόσεις BHTA.
5. **Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher D.** (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.
6. **Booth, B., & Trevelyan, J.,** (1994). Reflexology: In *Complementary Medicine*. Palgrave, London.
7. **Brod, M.** (1998). Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of life Research*, 7, 365-372.
8. **Bredin, M.** (1999). Mastectomy, body image and therapeutic message: A quantitative study of women's experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1113, 8p.
9. **Cole, L. J., Farrell, M. J., Gibson, S. J., & Egan, G. F.** (2010). Age-related differences in pain sensitivity and regional brain activity evoked by noxious pressure. *Neurobiology of aging*, 31(3), 494-503.
10. **Cole, B. E.** (2002). *Weiner's Pain management: A practical guide for clinicians*. Hospital Physician.
11. **Covington, E. C.** (2000). Psychogenic pain- what it means , why it does not exist, and how to diagnose it. *Pain Medicine*, 1(4), 287-294.

12. **Cruz- Cunha, M. M. (Ed.).** (2013). Handbook of Research on ICTs for human-centered healthcare and social care services. IGI Global.
13. **Cooper, G.** (1996). Handbook of Stress, Medicine and Health. Boca Raton: CRC Press.
14. **Cohen, S.** (2004). Social relationships and health. *Am Psychol.* 2004, 59(8): 546-561.
15. **Chow, SK., Wong, L., Chan, Y., & Chung, T.** (2014). The impact and importance of clinical learning experience in supporting nursing students in end-of-life care, *Nurse education in practice* 14,5, 532-7.
16. **Dennis, TC., Herta, F.** (2006). The cognitive- behavioral approach to pain management. *Wall and Melzack's Textbook of Pain.* Elsevier Churchill Livingstone. www.medlook.gr
17. **Dorsher, P. T.** (2011). Acupuncture for chronic pain. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 15(2), 55-63.
18. **Fitch, M.I., Fliedner, MC., O Connor, M.** (2015). Nursing perspectives on palliative care, *Annals of Palliative Medicine* 4,3, 150-5.
19. **Gbandi, R.O.** (2011). ΕΠΙΣΤΗΜΗ, ΙΑΤΡΙΚΗ, ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ. University Studio Press.
20. **Goldberg, D.S., McGee, S.J.** (2011). Pain as global public health priority.
21. **Gurung, R.** (2006). Coping and Social Support. *Health Psychology: A Cultural Approach.* Belmont CA: Thomson Wadsworth. 131-171.
22. **Haefeli, M., & Elfering, A.** (2005). Pain assessment. *European Spine Journal*, 15(S1), S17-S24.
23. **Harris, J. D.** (2008). Fatigue in chronically ill patients. *Current opinion in supportive and palliative care*, 2(3), 180-186.
24. **Irving, G. A.** (2005). Contemporary assessment and management of neuropathic pain, *MD Neurology*, 64: S21-27.
25. **Johnson, H. M.** (2005). How does distraction work in the management of pain?
26. **Jerant, AF., von Friederichs- Fitzwater m MM., Moore, M.** (2005). Patient's perceived barriers to active self-management of chronic pain . *Patient Educ Couns.* 57(3): 300-307.
27. **Kaplan, R.M. , Sallis, J.F., & Patterson, T.L.** (1993). Health and human behavior. New York: Mc Graw Hill.

28. **Kisner, C., Colby, L.A., & Borstad, J.** (2017). Therapeutic exercise: foundations and techniques. Fa Davis.
29. **Kokki, H.** (2013). Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs for Postoperative Pain. *Pediatric Drugs*, 5(2), 103-123.
30. **Korpershoek, Y., Vervoort, S., Nijssen, L.** (2016). Factors influencing exacerbation- related self- management in patients with COPD: a qualitative study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 11:2977-2990.
31. **Lemone, P., Burke, K.** (2006). Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
32. **Luyster, F.S., Chasens, E.R., Wasko, M.C. M., & Dubnar -Jacob, J.** (2011). Sleep quality and functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(1), 49-55.
33. **Lier, F., Geest, P. J., Hoeks, S. E., Gestel, Y.R., Hol, J.W., Sin, D. D., & Poldermans, D.** (2011). Epidural analgesia is associated with improved health outcomes of surgical patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 115(2), 315-321.
34. **Lugton, J., & Mc Intyre, R.** (2005). Palliative care the nursing role, Elsener Churchill Livingstone.
35. **Merskey, H., Bogduk, N.** (1994). Classification of Chronic Pain. 2nd Edition. Seattle. IASP.
36. **McGrath, P. A.** (1994). Psychological aspects of pain perception. *Archives of Oral Biology*, 39, S55-S62.
37. **Melzack, R.** (1987). The short- form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30(2): 191-197.
38. **Metin, Z. G., Donmez, A. A., Izgu, N., Ozdemir, L., & Arslan, I. E.** (2017). Aromatherapy Massage for Neuropathic Pain and Quality of life in Diabetic Patients.
39. **Marta, I. E., Baldan, S. S., Berton, A. F., Pavam, M., & da Silva, M. J.** (2010). The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression, and sleep in patients with chronic pain: clinical trial. *Rev Esc USP*, 44(4), 1100-6.
40. **Macdonald, Ch. A.** (2015). Health Psychology for Everyday life- A bio-psycho-social thinking approach. California: Health Psychology Center.

41. **Norris, FH., Kanaisty, K.** (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social Psychology* 71: 498-511.
42. **Patricia, A. McGrath...** (2003). Adjuvant Analgesic Drugs. In Ronald K, *Pain Management Secrets* Hanley & Belfus, Inc. 2003: p192.
43. **Phillips, D.P., Liu, G.C., Kwok, K., Jason, R.J., Zhang, W., & Abramson, I.S.** (2001). The Hound of the Baskervilles effect: natural experiment on the influence of psychological stress on timing of death. *British Medical Journal*, 323, 1443-1446.
44. **Pincus, T., Griffith, J., Pearce, S., & Isenberg, D.** (1996). Prevalence of self-report depression in patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 35(9), 879-883.
45. **Roditi, D., & Robinson, M. E.** (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology research and behavior management*, 4, 41.
46. **Rose, L., Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & McGillion, M.** (2013). Behavioral pain assessment Tool for Critically Ill Adults Unable to Self-Report Pain. *American Journal of Critical Care*, 22(3), 246-255.
47. **Ryder, S. A., & Stannard, C. F.** (2005). Treatment of chronic pain: antidepressant, antiepileptic, and antiarrhythmic drugs. *Continuing Education in Anesthesia, Critical Care & Pain*, 5(1), 18-21.
48. **Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Middendorp, H.** (2008). Psychological adjustment to chronic disease.
49. **Simpson, C. A.** (2015). Complementary medicine in chronic pain treatment. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 26(2), 321-347.
50. **Syed, ST., Gerber, BS., Sharp, L.K.** (2013). Travelling towards disease: transportation barriers to health care access. *J Community Health*. 38(5): 976-993.
51. **Stanos, S.,** (2012). Focused review of interdisciplinary pain rehabilitation programs for chronic pain management. *Current pain and headache reports*, 16(2), 147-152.
52. **Sanderson, C.A.** (2004). *Health Psychology*. New York: Wiley.
53. **Straub, R. O.** (2002). *Health Psychology*. New York: Worth Publishers.

54. **Taylor, S. E.** (2015). Social support: A review. In Friedman MS, editor. *The Handbook of Health Psychology*. Oxford University Press: New York: pp 341.
55. **Thienhaus, O., & Cole, B. E.** (2002). Classification of pain. *Pain management: A practical guide for clinicians*, 27-36.
56. **Tse, M.M., Lo, A. P., Cheng, T. L., Chan, E. K., Chan, A. H., & Chung, H. S.** (2010). Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of aging research*.
57. **Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M.** (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: a visit with the “ghosts” of research past, present and future. *Soc Sci Med.* 74(7): 949-957.
58. **Vane, J.** (1987). The evolution of non-steroidal anti-inflammatory drugs and their mechanism of action. *Drugs*, 33:18-27.
59. **Vallerand, A. H., Musto, S., & Polomano, R. C.** (2011). Nursing’s role in cancer pain management. *Current pain and Headache reports*, 15(4), 250.
60. **Verhaak, P. M. F., Heijmans, J. W. M., Peter, L., & Riijken, M.** (2004). Chronic disease and mental disorder. *Social Science & Medicine*, 60, 789-797.
61. **Van Dam, H. A., Van der Horst, F. G., Knoop, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F., Van den Borne, B. H.** (2005). Social support in chronic diseases: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Educ. Couns.*, 59(1): 1-12.
62. **Watson, D., & Pennebaker, J. W.** (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234-254.
63. **Wethington, E., & Kessler, R. C.** (2010). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78-89.
64. **Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R.** (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 18-31.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αργυρά, Ε., Βαδαλούκα, Α., Σιαφάκα, Ι., Αναστασίου, Ε., & Παπαδόπουλος, Γ. (2006). Αντιμετώπιση οξέος και χρόνιου πόνου, Εκδόσεις Εφύρα.

Γεωργιάδης, Α. Ε. (2016). Χρόνιος πόνος, ερμηνεία και διαχείριση. Εκδόσεις Αθήνα.

Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της υγείας. Αθήνα.

Παρλαπάνης, Α. (1999). Ο πόνος και η αντιμετώπιση του. Εκδόσεις: University Studio Press.

Τελειώνη, Λ. (2009). Υπνοθεραπεία. Reiki Time N13, 30,31.

