



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

Ο χρόνιος πόνος και η επίδραση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών-Μέθοδοι αντιμετώπισης

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΚΙΛΙΤΣΙΔΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ 16420

ΟΥΤΣΚΟΥΝΗ ΜΑΡΙΑ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ 17401

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΠΑΣΧΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2022

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο χρόνιος πόνος στη σύγχρονη εποχή θεωρείται μια ξεχωριστή νοσολογική οντότητα, επηρεάζει άμεσα την καθημερινή ζωή των ασθενών και οδηγεί σε έκπτωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής. Το συγκεκριμένο σκεπτικό καθόρισε το περιεχόμενο της παρούσας εργασίας και αποτέλεσε την αφορμή για την διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος. Επιπρόσθετα θεωρούμε ότι η νοσηλευτική επιστήμη έχει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του ασθενούς που υποφέρει από χρόνια πόνο. Η νοσηλευτική φροντίδα εντάσσεται σε ένα πλαίσιο πολυεπιστημονικής προσέγγισης και βασίζεται σε μια σειρά από προσεγγίσεις που συμπληρώνουν τις υπόλοιπες επιστημονικές πρακτικές. Μέσα από την παρούσα εργασία παρουσιάζεται με τρόπο τεκμηριωμένο ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας στη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από χρόνια πόνο, σε μια προσέγγιση βελτίωσης της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
1.1.Ορισμός του πόνου	9
1.2.Φυσιολογία του πόνου	10
1.3.Ταξινόμηση του πόνου	11
1.3.1.Αλγαισθητικός πόνος.....	12
1.3.2.Νευροπαθητικός πόνος.....	12
1.3.3. Φλεγμονώδης πόνος.....	13
1.4.Ο χρόνιος πόνος	13
1.4.1. Ορισμός του χρόνιου πόνου	13
1.4.2.Παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου	14
1.4.3.Ταξινόμηση του χρόνιου πόνου	14
1.5.Επιδημιολογικοί παράγοντες του χρόνιου πόνου	17
1.6.Εκτίμηση του ασθενούς με χρόνια πόνο	20
1.7.Διαχείριση του χρόνιου πόνου	21
1.7.1.Φαρμακολογικές παρεμβάσεις	21
1.7.2.Μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις.....	25
1.7.3.Ιατρεία πόνου.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	28
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ.....	28
2.1.Ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ατόμου με χρόνια πόνο.....	28
2.2.Συνέντευξη και αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενούς	29
2.3.Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος	31
2.4.Κλίμακες εκτίμησης του πόνου	32
2.5.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	40
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ	40
3.1.Ορισμοί.....	41
3.2.Ο χρόνιος πόνος ως κοινωνικό φαινόμενο	41

3.3.Ο χρόνιος πόνος ως ψυχοσωματικό φαινόμενο	43
3.4.Εργαλεία για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.....	44
3.5.Ευρήματα μελετών για την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο	46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα κοινό πρόβλημα δημόσιας υγείας που έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, στην ποιότητα ζωής και στη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου. Στη σύγχρονη εποχή ο χρόνιος πόνος αντιμετωπίζεται ως μια ξεχωριστή νοσολογική οντότητα και όχι απλώς ως ένα σύμπτωμα. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο καθορίζεται η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με χρόνια πόνο, με το σκεπτικό της βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Σε ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμόζεται μια ολιστική προσέγγιση, που αξιολογεί τις συννοσηρότητες και τα γνωστικά, συναισθηματικά, συμπεριφορικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, το κοινωνικό περιβάλλον και την ποιότητα ζωής. Το σχέδιο φροντίδας και θεραπείας για τον ασθενή με χρόνια πόνο καθορίζεται από το ψυχοκοινωνικό προφίλ του ασθενούς, ενσωματώνοντας τη φαρμακοθεραπεία και τις πρακτικές αυτοδιαχείρισης. Στην φαρμακολογική θεραπεία του χρόνιου πόνου περιλαμβάνονται τα μη στεροειδή αναλγητικά και τα επικουρικά αναλγητικά και λιγότερο τα οπιοειδή αναλγητικά. Επιπρόσθετα η εκπαίδευση, η άσκηση, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, και πολλές άλλες μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις, σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για πολλές περιπτώσεις χρόνιου πόνου.

Λέξεις κλειδιά: χρόνιος, πόνος, ποιότητα, ζωή, νοσηλευτική, φροντίδα.

ABSTRACT

Chronic pain is a common public health problem that has a negative impact on patients' health, quality of life and overall functioning. In modern times chronic pain is treated as a separate nosological entity of the disease, not just as a symptom. In such a context, the nursing care of the patient with chronic pain is determined, with the reasoning of improving the quality of life. In a nursing care plan, a holistic approach is applied, which evaluates comorbidities and the patient's cognitive, emotional, behavioral characteristics, social environment and quality of life. The care and treatment plan for the patient with chronic pain is determined by the patient's psychosocial profile, incorporating pharmacotherapy and self-management practices. Pharmacological treatment of chronic pain includes non-steroidal analgesics and adjuvant analgesics and to a lesser extent opioid analgesics. In addition, education, exercise, cognitive behavioral therapy, and many other non-pharmacological approaches, combined with pharmacotherapy, have been shown to be effective in many cases of chronic pain.

Keywords: chronic, pain, quality, life, nursing, care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βιωμένη εμπειρία του πόνου είναι ένα περίπλοκο μείγμα αισθητηριακών, συναισθηματικών και γνωστικών φαινομένων, που μετακινούνται μέσα και έξω από τη συνειδητή επίγνωση. Η δυσάρεστη φύση του πόνου απαιτεί προσοχή, εξήγηση και δράση για την επίλυση της πραγματικής ή πιθανής βλάβης του σώματος. Επιπρόσθετα, ο χρόνιος πόνος είναι αιτία σημαντικής μακροχρόνιας νοσηρότητας και αναπηρίας, που σχετίζεται τόσο με τη σωματική, όσο και με την ψυχική διάσταση του ατόμου (Dueñas et al., 2016).

Η βιολογία του πόνου είναι πολύπλοκη και ακόμα δεν είναι πλήρως κατανοητή. Όπως όλες οι αισθήσεις, ο πόνος συνιστά μια προστατευτική διεργασία. Ο πόνος λειτουργεί ως συναγεμός που ειδοποιεί για μια πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών. Σε αντίθεση με τις άλλες αισθήσεις, η αντίληψη του πόνου ορίζεται ως μια γνωστική και συναισθηματική εμπειρία. Έτσι η αντίληψη του πόνου διαμορφώνεται από το πλαίσιο των βιολογικών χαρακτηριστικών του πόνου, αλλά και από την ένταση και έκταση μιας σειράς άλλων παραγόντων, όπως η παρουσία άγχους, η αίσθηση του ελέγχου, οι προσωπικές πεποιθήσεις σχετικά με τον πόνο, οι τρέχουσες δεξιότητες αντιμετώπισης του πόνου, η αυτό-αποτελεσματικότητα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης (Kirkpatrick et al., 2015).

Ο χρόνιος πόνος δεν είναι απλώς ένα σύμπτωμα, αλλά μια σύνθετη και πολυπαραγοντική διαταραχή, που ενσωματώνει συγκεκριμένες γενετικές διαταραχές, βλάβες των ιστών, συναισθηματικούς παράγοντες, τη δυναμική της οικογένειας, το περιβάλλον διαβίωσης και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ατόμου. Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί ως απόκριση σε επιβλαβή ερεθίσματα, σε αβλαβή ερεθίσματα ή ακόμα σε απουσία οποιουδήποτε εμφανούς ερεθίσματος. Από φαινομενολογική άποψη, η εμπειρία του πόνου αναφέρεται στο παρόν, στο παρελθόν και στο μέλλον, εντοπίζεται τοπικά αλλά και διαχέεται σε όλο το σώμα, μένει στάσιμη, αλλά και μεταβάλλεται συνεχώς, ενώ συχνά δεν μπορεί να περιγραφεί (Johnson, 2019).

Η παρούσα εργασία έχει σαν σκοπό να παρουσιάσει τον χρόνιο πόνο ως μια νοσολογική οντότητα που απαιτεί μια ολιστική και πολυεπιστημονική προσέγγιση, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Σε αυτό το πλαίσιο παρουσιάζονται

τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του χρόνιου πόνου, οι πρακτικές αντιμετώπισης του και οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρεται στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Με βάση τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα περιγράφονται οι επιμέρους παράμετροι που αναφέρονται στο ερευνητικό ζήτημα, όπως ο ορισμός του πόνου, η φυσιολογία του πόνου, και η ταξινόμηση του πόνου. Ακολουθούν δεδομένα που αναφέρονται στον χρόνιο πόνο, όπως ο ορισμός του χρόνιου πόνου, η παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου, η ταξινόμηση του χρόνιου πόνου, οι επιδημιολογικοί παράγοντες του χρόνιου πόνου και η διαχείριση του χρόνιου πόνου. Στη συνέχεια περιγράφονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον χρόνιο πόνο, με την ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ατόμου με χρόνιο πόνο, τη συνέντευξη και το ιστορικό του ασθενούς, τις κλίμακες εκτίμησης του πόνου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της ποιότητας ζωής και οι κοινωνικές και ψυχοσωματικές πτυχές του χρόνιου πόνου. Ακολουθούν τα ευρήματα μελετών για την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιο πόνο και τα συμπεράσματα της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.Ορισμός του πόνου

Σύμφωνα με την International Association for the Study of Pain (IASP), ο πόνος ορίζεται ως «μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης» (IASP, 1979). Αυτός ο ορισμός έγινε ευρέως αποδεκτός από τους επαγγελματίες υγείας και τους ερευνητές στον τομέα του πόνου και υιοθετήθηκε από κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια η πρόοδος στην κατανόηση του πόνου όρισε την ανάγκη για μια επανεκτίμηση του ορισμού. Ως εκ τούτου, το 2018, ο IASP παρουσίασε μια σειρά από διευκρινήσεις που θέτουν την έννοια του πόνου σε μια νέα διάσταση. Αυτές είναι οι εξής (Raja et al., 2020):

- Ο πόνος είναι πάντα μια προσωπική εμπειρία που επηρεάζεται σε διαφορετικό βαθμό από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.
- Ο πόνος και η αλγαισθησία (η ενεργοποίηση των υποδοχέων του πόνου) είναι διαφορετικά φαινόμενα. Ο πόνος δεν μπορεί να συναχθεί αποκλειστικά από τη δραστηριότητα των αισθητηριακών νευρώνων.
- Μέσα από τις εμπειρίες της ζωής τους, τα άτομα μαθαίνουν την έννοια του πόνου.
- Η αναφορά ενός ατόμου σε μια εμπειρία που ορίζεται ως πόνος θα πρέπει να γίνεται σεβαστή.
- Αν και ο πόνος συνήθως εξυπηρετεί έναν προσαρμοστικό ρόλο, μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και την κοινωνική και ψυχολογική ευεξία.
- Η λεκτική περιγραφή είναι μόνο μία από τις πολλές συμπεριφορές έκφρασης πόνου. Η αδυναμία έκφρασης δεν αναιρεί την πιθανότητα ότι ένας άνθρωπος βιώνει πόνο.

1.2.Φυσιολογία του πόνου

Ο πόνος θεωρείται χαρακτηριστικό των πρωτευόντων και μπορεί να οριστεί ως μια δυσάρεστη αίσθηση, καθώς και ως μια συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών. Η αίσθηση του πόνου έχει σαν μοναδικό σκοπό να ενεργοποιήσει τον αμυντικό μηχανισμό του σώματος, ώστε να αντιδράσει σε ένα ερέθισμα, προκειμένου να αποφευχθούν περαιτέρω βλάβες στους ιστούς. Η αίσθηση του πόνου σχετίζεται με την ενεργοποίηση των αλγοϋποδοχέων που είναι διάσπαρτοι σε όλο το ανθρώπινο σώμα (Yam et al., 2018).

Το ανθρώπινο σώμα είναι εξοπλισμένο με διαφορετικούς τύπους αισθητηριακών νευρώνων και οι υποδοχείς του πόνου επιτρέπουν την ανίχνευση ερεθισμάτων που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη. Ειδικότερα ο δερματικός πόνος μεταβιβάζεται μέσω μικρών αισθητικών νευρικών ινών τύπου Αδ και των ακόμη μικρότερων ινών τύπου C προς τον νωτιαίο μυελό. Οι ίνες Αδ είναι εμύελες και άγουν ταχύτατα τις νευρικές ώσεις. Ο πόνος που άγεται από αυτές τις ίνες είναι διαξιφιστικός και σαφώς εντοπισμένος και αναφέρονται στον οξύ πόνο. Οι ίνες Αδ παρουσιάζουν ταχεία αγωγιμότητα (5-30 m ανά δευτερόλεπτο). Οι ίνες Αδ διακρίνονται σε μηχανοϋποδοχείς, που ανταποκρίνονται κατά προτίμηση σε έντονη και δυναμική επιβλαβής μηχανική διέγερση και σε πολυτροπικές ίνες Αδ, που ανταποκρίνονται σε μηχανική, θερμική και χημική διέγερση. Οι ίνες τύπου C είναι αμύελες και άγουν τις νευρικές ώσεις πολύ βραδύτερα. Οι ίνες C είναι σχετικά αργές (0,5-2 m ανά δευτερόλεπτο). Αντιπροσωπεύουν τα τρία τέταρτα της αισθητηριακής εισροής των προσαγωγών ερεθισμάτων και εμπλέκονται επίσης σε μη παθογόνες σωματοαισθητηριακές πληροφορίες, όπως στην αίσθηση του κνησμού. Ο πόνος από τις εν τω βάθει δομές του σώματος (όπως τα σπλάγχνα και τους μύες) μεταφέρεται, κυρίως, με τις ίνες τύπου C, και η παραγόμενη αίσθηση είναι ένα διάχυτο κάψιμο ή σφίξιμο. Οι ίνες C σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο. Στα περισσότερα τραύματα διεγείρονται τόσο οι ίνες Αδ όσο και οι C (Marchand, 2008).

Η αλγαισθησία (η ενεργοποίηση των υποδοχέων του πόνου) περιλαμβάνει τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο (μετατροπή) τα επώδυνα ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα μέσω των αισθητικών νευρώνων. Το αλγογόνο ερέθισμα ενεργοποιεί τους αλγοδεκτικούς υποδοχείς. Το δυναμικό ενεργείας των νευρικών ινών

μεταβιβάζεται προς τις συναπτικές απολήξεις που εντοπίζονται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού, με ταυτόχρονη απελευθέρωση των χημικών νευροδιαβιβαστών. Στη συνέχεια το αλγογόνο ερέθισμα μεταφέρεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ακολουθεί το στάδιο της μεταβίβασης. Κατά το στάδιο αυτό οι νευρικές ώσεις μεταφέρονται μέσω του αισθητικού νευρικού συστήματος. Στο επόμενο στάδιο της μετατροπής, οι αλγαισθητικές ώσεις τροποποιούνται διαμέσου των νευρωνικών επιδράσεων. Κατιούσες οδοί, που προβάλλουν από συγκεκριμένες εγκεφαλικές δομές στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού, αναστέλλουν ή ενισχύουν τη μεταφορά της αλγαισθητικής πληροφορίας στον εγκέφαλο. Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται η επεξεργασία της επώδυνης πληροφορίας που φθάνει από την περιφέρεια στο κεντρικό νευρικό σύστημα και η παραπέρα αντίληψη του πόνου. Τέλος στο στάδιο της αντίληψης, η τελική αίσθηση του πόνου λαμβάνει μια τελική, υποκειμενική, ή συναισθηματική χροιά, που καθορίζεται από την ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου (Dubin & Pataroutian, 2010). Ουσιαστικά η αντίληψη του πόνου στα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα, δεν ορίζεται μεμονωμένα ως μια ηλεκτροχημική διαδικασία, αλλά ως μια δυναμική και ανώτερη διαδικασία, που αναπαράγεται από τις μνήμες και από την ιδιοσυγκρασία του ατόμου (Ossipov, 2012).

1.3.Ταξινόμηση του πόνου

Ο πόνος συνιστά ένα τεράστιο πεδίο και έχει πολλές μορφές, όπως καρκινικός πόνος, ινομυαλγία, νευροπαθητικός πόνος, μετεγχειρητικός πόνος, αρθρίτιδα, παιδικός και εφηβικός πόνος, πονοκέφαλος, ημικρανία, στοματοπροσωπικός πόνος, σπλαχνικός πόνος, μυοσκελετικός πόνος ή πυελικός πόνος. Σύμφωνα με την International Association for the Study of Pain (IASP), ο πόνος μπορεί να ταξινομηθεί, με βάση την περιοχή του σώματος που εμπλέκεται, το πρότυπο διάρκειας εμφάνισης (οξύ και χρόνιο) ή το σύστημα του οποίου η δυσλειτουργία προκαλεί πόνο. Ωστόσο, προτείνεται η ταξινόμηση του πόνου με βάση μόνο τρία χαρακτηριστικά: συμπτώματα, μηχανισμούς και σύνδρομα. Έτσι, διεθνώς, ο πόνος έχει ταξινομηθεί σε τρεις κύριες κατηγορίες: αλγαισθητικός πόνος, νευροπαθητικός πόνος και φλεγμονώδης πόνος (Yam et al., 2018).

1.3.1.Αλγαισθητικός πόνος

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται εναλλακτικά με την αντίληψη του πόνου ως αποτέλεσμα της απόκρισης των αισθητηριακών κέντρων προς πραγματικά ή δυνητικά επιβλαβή ερεθίσματα. Ο αλγαισθητικός πόνος περιγράφεται επίσης με τους όρους φυσιολογικός, προσαρμοστικός ή προστατευτικός πόνος. Ο πόνος αυτός προκύπτει ως φυσιολογική ανταπόκριση του οργανισμού, όταν ένα δυνητικά βλαπτικό (επώδυνο) ερέθισμα ασκείται στο σώμα. Αποτελεί μια προστατευτική αντίδραση απέναντι στα αλγογόνα ερεθίσματα και συνήθως έχει οξεία και παροδική διάσταση (Woolf, 2011).

1.3.2.Νευροπαθητικός πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος ορίζεται ως ο πόνος που προκαλείται από μια βλάβη ή ασθένεια, που αναφέρεται στο νευρικό σύστημα. Αυτός ο πόνος τυπικά γίνεται αντιληπτός στην περιοχή της νεύρωσης, που σωματοτοπικά αντιπροσωπεύεται στη δομή του νευρικού συστήματος που έχει υποστεί βλάβη. Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να είναι αυθόρμητος ή να προκληθεί από αισθητήρια ερεθίσματα (υπεραλγησία και αλλοδυνία) (Bouhassira, 2019). Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος ταξινομείται σε χρόνιο περιφερικό ή χρόνιο κεντρικό νευροπαθητικό πόνο. Η διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου απαιτεί ιστορικό τραυματισμό του νευρικού συστήματος (εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο, τραύμα ή διαβητική νευροπάθεια) και μια νευροανατομικά εύλογη κατανομή του πόνου (Jensen et al., 2011). Ο νευροπαθητικός πόνος εξειδικεύεται περισσότερο, με αναφορά στις παρακάτω έννοιες:

- Αλλοδυνία: επώδυνη απόκριση σε ένα συνήθως ανώδυνο ερέθισμα.
- Υπεραλγησία: πόνος μη φυσιολογικής βαρύτητας μετά από ένα επιβλαβές ερέθισμα.
- Υπερπάθεια: υπερβολική και παρατεταμένη ανταπόκριση σε μια επώδυνη διέγερση.
- Υπεραισθησία: αυξημένη ευαισθησία σε μια επώδυνη διέγερση.
- Δυσαισθησία: παθολογική αίσθηση, περισσότερο ενοχλητική, παρά επώδυνη αίσθηση (Colloca et al., 2017).

Οι κύριες αιτίες αυτού του τύπου πόνου προκαλούνται από φλεγμονές ή μεταβολικές ασθένειες, όπως διαβήτης, τραύμα, τοξίνες, όγκοι, πρωτογενείς νευρολογικές ασθένειες και μόλυνση από τον έρπητα ζωστήρα. Η κεντρική ευαισθητοποίηση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να προκληθεί από τη βλάβη του νεύρου, που επηρεάζει το σωματοαισθητικό νευρικό σύστημα και μπορεί να προκληθεί από διαταραχές του περιφερικού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Campbell & Meyer, 2006).

1.3.3. Φλεγμονώδης πόνος

Η φλεγμονή είναι μια φυσική βιολογική απόκριση, που αναπαράγεται από τους ιστούς του σώματος ως αντίδραση στα επιβλαβή ερεθίσματα, προκειμένου να εξαιρεθούν τα νεκρωτικά κύτταρα και να ξεκινήσει η διαδικασία αποκατάστασης των ιστών. Τα ουδετερόφιλα είναι συνήθως οι πρώτοι ανταποκριτές μιας φλεγμονώδους απόκρισης και συγκεντρώνονται στο σημείο του τραυματισμού μέσω της κυκλοφορίας του αίματος, ακολουθούμενα από την απελευθέρωση άλλων χημικών μεσολαβητών. Τα κύρια σημάδια της φλεγμονής περιλαμβάνουν αυξημένη θερμοκρασία στο σημείο της φλεγμονής λόγω αύξησης της ροής του αίματος προς την περιοχή, ερυθρότητα και οίδημα λόγω της αγγειακής διαπερατότητας που προκαλείται από την ενεργοποίηση και ευαισθητοποίηση των πρωτογενών προσαγωγών νευρώνων και απώλεια της λειτουργικότητας. Ο πόνος από φλεγμονή μπορεί περαιτέρω να ταξινομηθεί σε δύο τύπους: χρόνιο και οξύ πόνος. Ο οξύς φλεγμονώδης πόνος είναι συνήθως έντονος και εμφανίζεται σε σύντομο χρονικό διάστημα, το οποίο ξεκινά ως απόκριση σε επιβλαβή ερεθίσματα. Ο χρόνιος φλεγμονώδης πόνος διαρκεί πέρα από την αναμενόμενη περίοδο επούλωσης (Yam et al., 2018).

1.4.Ο χρόνιος πόνος

1.4.1. Ορισμός του χρόνιου πόνου

Ο χρόνιος πόνος δεν είναι μια απλή χρονική επέκταση του οξέος πόνου. Ο χρόνιος πόνος συντηρείται από παράγοντες παθογενετικά και φυσικά διαφοροποιημένους από την αρχική αιτία, όπως η κεντρική ευαισθητοποίηση, η αλλοιωμένη ρύθμιση του πόνου, η νευρογλοιακή ενεργοποίηση και η νευροάνοση σηματοδότηση. Επιπρόσθετα η ανάπτυξη και η χρονιότητα του πόνου μπορεί επίσης να επηρεαστεί από διάφορους ψυχολογικούς

και κοινωνικούς παράγοντες, όπως τα καταθλιπτικά συμπτώματα, οι συμπεριφορές αποφυγής, η σωματοποίηση και ακόμα οι πολιτισμικές στάσεις. Η αμοιβαία αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών στοιχείων υποδηλώνει την πολύπλευρη φύση του χρόνιου πόνου και την επείγουσα ανάγκη μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης για την αξιολόγηση, την πρόληψη και τη διαχείρισή του. Ο χρόνιος πόνος χρησιμοποιείται στις μέρες μας ως ένας όρος που αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα επώδυνων καταστάσεων. Ωστόσο, σε κλινικές συνθήκες, ο όρος «χρόνιος πόνος» μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κλινικός όρος για τον ασθενή που βιώνει μια επώδυνη κατάσταση που διαρκεί περισσότερο από 3-6 μήνες χωρίς σαφείς εξηγήσεις (Raffaelli et al., 2021).

1.4.2. Παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου

Η παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου είναι πολύπλοκη. Ο οξύς πόνος προκαλείται από την ενεργοποίηση των αλγοϋποδοχέων στην περιφέρεια από επιβλαβή ερεθίσματα (π.χ. μηχανικά, που βλάπτουν ή απειλούν να βλάψουν τους ιστούς). Στο χρόνιο πόνο παρατηρείται νευρωνική αναδιαμόρφωση των περιφερικών και των κεντρικών οδών του πόνου. Αυτές οι αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία συνδέονται με μειωμένη ρύθμιση των επώδυνων νευρικών ερεθισμάτων, αυξημένη διεγερσιμότητα και ευαισθησία των νευρικών κυττάρων που μεταδίδουν τον πόνο και αυξημένη σύνδεση μεταξύ των κυττάρων στην περιφέρεια και εκείνων στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Επιπρόσθετα η δυσλειτουργία των κατιόντων σεροτονινεργικών και νοραδρενεργικών ρυθμιστικών οδών, οδηγούν σε μια ανισορροπία μεταξύ αναστολής της διέγερσης και της σηματοδότησης του πόνου εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος. Με την πάροδο του χρόνου, η υπερευαισθησία στον πόνο επίσης προκαλεί δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο που διαιωνίζουν τον χρόνιο πόνο (Gilron et al., 2015).

1.4.3. Ταξινόμηση του χρόνιου πόνου

Το ICD (International Classification of Diseases) είναι το κατεξοχήν εργαλείο για την κωδικοποίηση διαγνώσεων και την τεκμηρίωση ερευνών ή θεραπευτικών μέτρων στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πολλών χωρών. Η ταξινόμηση του χρόνιου πόνου σύμφωνα με το ICD περιλαμβάνει 7 κατηγορίες: (1) χρόνιος πρωτοπαθής πόνος, (2) χρόνιος καρκινικός πόνος, (3) χρόνιος μετατραυματικός και μετεγχειρητικός πόνος, (4)

χρόνιος νευροπαθητικός πόνος, (5) χρόνια κεφαλαλγία και στοματοπροσωπικός πόνος, (6) χρόνιος σπλαχνικός πόνος και (7) χρόνιος μυοσκελετικός πόνος (Treede et al., 2015).

1.4.3.1.Χρόνιος πρωτοπαθής πόνος

Ο χρόνιος πρωτοπαθής πόνος είναι πόνος σε μια ή περισσότερες ανατομικές περιοχές που επιμένει ή υποτροπιάζει για περισσότερο από 3 μήνες και σχετίζεται με σημαντική συναισθηματική δυσφορία ή σημαντική λειτουργική αναπηρία (αρνητική επίδραση σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και συμμετοχή σε κοινωνικούς ρόλους) και αυτό δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από μια άλλη πάθηση χρόνιου πόνου. Αυτός είναι ένας νέος φαινομενολογικός ορισμός, που δημιουργήθηκε επειδή η αιτιολογία είναι άγνωστη για πολλές μορφές χρόνιου πόνου. Κοινές καταστάσεις όπως π.χ. πόνος στην πλάτη που δεν αναγνωρίζεται ούτε ως μυοσκελετικός ούτε νευροπαθητικός πόνος, χρόνιος εκτεταμένος πόνος, ινομυαλγία και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία (Treede et al., 2015).

1.4.3.2.Χρόνιος καρκινικός πόνος

Ο χρόνιος καρκινικός πόνος περιλαμβάνει τον πόνο που προκαλείται από τον ίδιο τον καρκίνο (πρωτοπαθή όγκο ή μεταστάσεις) και τον πόνο που προκαλείται από τη θεραπεία του καρκίνου (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία). Ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο ταξινομείται ανάλογα με τη θέση του σε σπλαχνικό, οστικό (ή μυοσκελετικό) και σωματοαισθητικό (νευροπαθητικό) (Treede et al., 2015).

1.4.3.3.Χρόνιος μετεγχειρητικός και μετατραυματικός πόνος

Αυτός ο τύπος πόνου αναπτύσσεται μετά από μια χειρουργική επέμβαση ή έναν τραυματισμό των ιστών, που περιλαμβάνει οποιοδήποτε τραύμα, συμπεριλαμβανομένων των εγκαυμάτων και επιμένει τουλάχιστον 3 μήνες μετά την επέμβαση ή τον τραυματισμό των ιστών. Ανάλογα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης, ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος έχει συχνά τα χαρακτηριστικά του νευροπαθητικού πόνου (κατά μέσο όρο στο 30% των περιπτώσεων). Ο πόνος που περιλαμβάνει ένα τέτοιο νευροπαθητικό συστατικό είναι συνήθως πιο έντονος και συχνά επηρεάζει έντονα την ποιότητα ζωής (Haroutiunian et al., 2013).

1.4.3.4.Χρόνιος νευροπαθητικός πόνος

Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος προκαλείται από μια βλάβη ή ασθένεια του σωματοαισθητηριακού νευρικού συστήματος. Το σωματοαισθητικό νευρικό σύστημα παρέχει πληροφορίες για το σώμα, συμπεριλαμβανομένων του δέρματος, των μυοσκελετικών δομών και των σπλαχνικών οργάνων. Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να είναι αυθόρμητος ή προκλητός, ως αυξημένη απόκριση σε ένα επώδυνο ερέθισμα (υπεραλγησία) ή επώδυνη απόκριση σε φυσιολογικά μη επώδυνο ερέθισμα (αλλοδυνία). Η διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου απαιτεί το ιστορικό τραυματισμού του νευρικού συστήματος, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, νευρικό τραύμα ή διαβητική νευροπάθεια, και μια νευροανατομικά εύλογη κατανομή του πόνου. Για τον προσδιορισμό του σαφούς νευροπαθητικού πόνου, είναι απαραίτητο να αποδειχθεί η βλάβη ή η ασθένεια που αφορά το νευρικό σύστημα (Jensen et al., 2011).

1.4.3.5.Χρόνια κεφαλαλγία και στοματοπροσωπικός πόνος

Η χρόνια κεφαλαλγία και ο χρόνιος στοματοπροσωπικός πόνος ορίζονται ως ο πόνος που εμφανίζεται τουλάχιστον στο 50% των ημερών κατά τη διάρκεια τουλάχιστον 3 μηνών. Οι πιο συχνοί χρόνιοι στοματοπροσωπικοί πόνοι είναι οι κροταφογοναθικές διαταραχές. Ο χρόνιος στοματοπροσωπικός πόνος μπορεί να είναι μια τοπική εμφάνιση πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας. Αυτό είναι συχνό στις αυτόνομες κεφαλαλγίες του τριδύμου, λιγότερο συχνά στις ημικρανίες και σπάνια σε κεφαλαλγία τύπου τάσης. Αρκετοί χρόνιοι στοματοπροσωπικοί πόνοι, όπως ο μετατραυματικός νευροπαθητικός πόνος του τριδύμου, ο επίμονος ιδιοπαθής στοματοπροσωπικός πόνος και το σύνδρομο καύσου στο στόμα συνυπάρχουν, όπως στον πρωτογενή χρόνιο πόνο και στον νευροπαθητικό πόνο (Benoliel et al., 2010).

1.4.3.6.Χρόνιος σπλαχνικός πόνος

Ο χρόνιος σπλαχνικός πόνος είναι ο επίμονος ή επαναλαμβανόμενος πόνος που προέρχεται από τα εσωτερικά όργανα της περιοχής της κεφαλής και του τραχήλου και τις θωρακικές, κοιλιακές και πυελικές κοιλότητες. Ο πόνος συνήθως γίνεται αντιληπτός στους σωματικούς ιστούς του τοιχώματος του σώματος (δέρμα, υποδόριο, μύες) και σε περιοχές που λαμβάνουν την ίδια αισθητήρια νεύρωση με το εσωτερικό όργανο. Η κατηγορία αυτή

για τον σπλαχνικό πόνο θα υποδιαιρεθεί σύμφωνα με τους κύριους υποκείμενους μηχανισμούς, π.χ. επίμονη φλεγμονή, αγγειακούς μηχανισμούς (ισχαιμία, θρόμβωση), απόφραξη και διάταση, έλξη και συμπίεση, συνδυασμένοι μηχανισμοί (π.χ. απόφραξη και φλεγμονή ταυτόχρονα) και αντανάκλαση από άλλες θέσεις (Schwartz & Gebhart, 2014; Stein, 2013).

1.4.3.7.Χρόνιος μυοσκελετικός πόνος

Ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος ορίζεται ως ο επίμονος ή υποτροπιάζων πόνος που προκύπτει ως μέρος μιας διαδικασίας βλάβης, που επηρεάζει άμεσα τα οστά, τις αρθρώσεις, τους μυς ή τους σχετικούς μαλακούς ιστούς. Αυτή η κατηγορία δεν περιλαμβάνει τον πόνο που μπορεί να γίνει αντιληπτός στους μυοσκελετικούς ιστούς αλλά δεν προκύπτει από αυτούς, όπως ο πόνος της συμπίεστικής νευροπάθειας. Οι οντότητες που υπάγονται σε αυτήν την κατηγορία χαρακτηρίζονται από επίμονη φλεγμονή λοιμώδους, αυτοάνοσης ή μεταβολικής αιτιολογίας, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, και από δομικές αλλαγές που επηρεάζουν τα οστά, τις αρθρώσεις, τους τένοντες ή τους μύες. Ο μυοσκελετικός πόνος νευροπαθητικής προέλευσης θα διασταυρωθεί με τον νευροπαθητικό πόνο (Treede et al., 2015).

1.5.Επιδημιολογικοί παράγοντες του χρόνιου πόνου

Εξ ορισμού ο πόνος είναι μια υποκειμενική και εξαιρετικά προσωπική εμπειρία. Μια ευρέως αναγνωρισμένη πρόκληση που προκύπτει από την υποκειμενική φύση του πόνου είναι ότι η άμεση μέτρηση του πόνου είναι αδύνατη. Η εκτίμηση του πόνου βασίζεται στην αυτοαναφορά των ατόμων και σε κάποιο βαθμό στη συμπεριφορά τους. Η προσωπική φύση της εμπειρίας του πόνου σμιλεύεται από ένα μωσαϊκό παραγόντων μοναδικών για κάθε άτομο, που καθιστά την εμπειρία του πόνου εντελώς εξατομικευμένη. Δηλαδή, υπάρχουν διάχυτες και σημαντικές ατομικές διαφορές στον πόνο και αυτές οι ατομικές διαφορές παράγουν εμπειρίες πόνου που είναι εντελώς μοναδικές για το άτομο που τις βιώνει (Fillingim, 2017).

Ο επιπολασμός αναφέρεται στο ποσοστό του πληθυσμού που επηρεάζεται από μια κατάσταση. Οι σχετικές έρευνες δείχνουν ότι ο χρόνιος πόνος επηρεάζει το 13-50% των ενηλίκων στο Ηνωμένο Βασίλειο (Fayaz et al., 2016). Από αυτούς που ζουν με χρόνια

πόνο, το 10-14% βρέθηκε να παρουσιάζει μέτρια έως σοβαρή χρόνια αναπηρία ως αποτέλεσμα του χρόνιου πόνου. Συμπληρωματικά πρέπει να αναφερθεί ότι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο παρέχει ένα ιδανικό πλαίσιο για τον καθαρισμό των ατομικών διαφορών στον πόνο. Αυτό το μοντέλο υποστηρίζει ότι η εμπειρία του πόνου επηρεάζεται από πολύπλοκες και δυναμικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ πολλαπλών βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Gatchel et al., 2007).

Ειδικότερα, η διαθέσιμη βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αυξημένο επιπολασμό του πόνου, μεγαλύτερη ένταση του πόνου και εκτεταμένη διάσταση του πόνου. σε σύγκριση με τους νεότερους ενήλικες. Ο αυξημένος επιπολασμός του πόνου στους ηλικιωμένους ενήλικες οφείλεται εν μέρει στην προοδευτική μυοσκελετική εκφύλιση, που συνοδεύει τη γήρανση και οι αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του νευρικού συστήματος (Riley et al., 2014).

Η προχωρημένη ηλικία και ο χρόνιος πόνος παρουσιάζουν μια σύνθετη αλληλεπίδραση. Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται η πολυνοσηρότητα. Όσο πιο προχωρημένη είναι η ηλικία του ασθενούς, τόσο πιο συχνά βιώνει επιβλαβή ερεθίσματα, που μπορεί να προκαλέσουν χρόνο πόνο. Η εκτίμηση του πόνου στους ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να πολύπλοκη, ιδιαίτερα επειδή οι ηλικιωμένοι είναι συχνά επιφυλακτικοί στο να συζητήσουν ή να αποκαλύψουν το επίπεδο του πόνου τους. Ειδικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ηλικία, όπως η γνωστική έκπτωση και η άνοια, μπορεί να κάνουν πιο δύσκολη την αναγνώριση και τη διαχείριση του χρόνιου πόνου (Schofield, 2018).

Ωστόσο, ο χρόνιος πόνος δεν περιορίζεται στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Μια μελέτη σε 42 χώρες εντόπισε ότι ο αυτοαναφερόμενος χρόνιος πόνος μεταξύ των εφηβικών πληθυσμών καταγράφεται σε ποσοστό 20,6%, με συχνότερες αναφορές για κεφαλαλγία, επιγαστραλγία και οσφυαλγία. Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει έως και το 30% των ατόμων ηλικίας 18–39 ετών (Gobina et al., 2019).

Πληθώρα επιδημιολογικών στοιχείων καταδεικνύουν ότι ο χρόνιος πόνος είναι πιο διαδεδομένος στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Πράγματι, οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερο συχνά κοινές καταστάσεις χρόνιου πόνου, όπως ημικρανία και κεφαλαλγία τάσης, οσφυαλγία, ινομυαλγία, κροταφογναθικές διαταραχές, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και οστεοαρθρίτιδα (Mogil, 2012).

Έχουν προταθεί πολλαπλές εξηγήσεις για αυτές τις διαφορές στον επιπολασμό του πόνου. Συνοπτικά σημειώνονται διαφορές στη λειτουργία των συστημάτων επεξεργασίας του πόνου. Πολλαπλοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν αυτές τις διαφορές του φύλου απέναντι στον πόνο, συμπεριλαμβανομένων των επιδράσεων των ορμονών του φύλου, των διαφορών στην ενδογενή λειτουργία των οπιοειδών, των γνωστικών και συναισθηματικών επιρροών και της συμβολής κοινωνικών παραγόντων όπως οι ρόλοι των φύλων (Mogil, 2012). Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία από τους άνδρες, συμπεριλαμβανομένου του ουδού του πόνου (η ελάχιστη ένταση ερεθίσματος που απαιτείται για την παραγωγή πόνου), της ανοχής στον πόνο (η μέγιστη ένταση ερεθίσματος που ένα άτομο μπορεί να ανεχθεί) και της ανεκτικότητας των υπερκατωφλιακών ερεθισμάτων. Οι γυναίκες έχουν δείξει μεγαλύτερη χρονική άθροιση του πόνου και λιγότερο εξαρτημένη ρύθμιση του πόνου (Bartley & Fillingim, 2013).

Οι πληθυσμιακές μελέτες δείχνουν αξιόπιστα ότι ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου σχετίζεται αντιστρόφως με τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Όσοι είναι κοινωνικο-οικονομικά υποβαθμισμένοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν χρόνια πόνο, αλλά είναι επίσης πιο πιθανό να βιώσουν πιο έντονο πόνο και μεγαλύτερο επίπεδο αναπηρίας που σχετίζεται με τον πόνο. Τα άτομα που έχουν χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, αντιληπτές εισοδηματικές ανισότητες και υψηλά επίπεδα στέρησης ανθρώπινης συνύπαρξης είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν χρόνια πόνο από εκείνους που έχουν υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, λιγότερη αντιληπτή εισοδηματική ανισότητα και που ζουν σε πιο εύπορες γειτονιές (Janevic et al., 2017). Επιπλέον, αρκετά στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι κοινωνικο-οικονομικά υποβαθμισμένοι πληθυσμοί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποθεραπείας του πόνου τους, γεγονός που συμβάλει στη μεγαλύτερη κλινική σοβαρότητα του πόνου που παρατηρείται μεταξύ των μελών μειονοτικών ομάδων (Fillingim, 2017).

Σε μια άλλη παράμετρο, οι ασθενείς με συνυπάρχουσες σωματικές και ψυχικές χρόνιες παθήσεις είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από χρόνια πόνο. Περίπου το 1/3 των ασθενών με χρόνια πνευμονική νόσο και στεφανιαία νόσο αναφέρουν ότι έχουν βιώσει χρόνια πόνο. Η παρουσία συννοσηροτήτων περιπλέκει επίσης την κλινική διαχείριση των ατόμων με χρόνια πόνο, περιορίζοντας την εφαρμογή των κλινικών κατευθυντήριων

οδηγιών για συγκεκριμένες ασθένειες και μειώνοντας τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές για τον βέλτιστο έλεγχο του πόνου (Guthrie et al., 2012).

Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος είναι μια σημαντική επιπλοκή πολλών χειρουργικών επεμβάσεων. Ενώ τα ποσοστά του μετεγχειρητικού πόνου ποικίλλουν, έχει προταθεί ότι έως και το 80% των ασθενών βιώνουν κάποιο βαθμό σημαντικού μετεγχειρητικού πόνου. Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος επηρεάζει έως και το 10% των ασθενών και είναι ιδιαίτερα συχνός μετά από ακρωτηριασμούς (50–85%), θωρακοτομές (5–65%), καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις (30–55%) και χειρουργικές επεμβάσεις μαστού (20–50%) (Mills et al., 2019).

Τέλος η παχυσαρκία, που ορίζεται ως Δείκτης Μάζας Σώματος μεγαλύτερος από 30, σχετίζεται με την πολυνοσηρότητα και αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα του χρόνιου πόνου. Η παχυσαρκία αυξάνει τον χρόνιο πόνο με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της πίεσης στις αρθρώσεις που φέρουν βάρος, της μείωσης της σωματικής δραστηριότητας και της συνεισφοράς στη συνολική αποκατάσταση του σώματος (Mills et al., 2019).

1.6.Εκτίμηση του ασθενούς με χρόνιο πόνο

Όλοι οι ασθενείς που εκφράζουν ή εκδηλώνουν σημεία και συμπτώματα χρόνιου πόνου πρέπει να υποβάλλονται σε μια τεκμηριωμένη αξιολόγηση. Αρχικά συμπληρώνεται ένα **ιστορικό** του ασθενούς, που περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την έναρξη, την ποιότητα, την ένταση, την κατανομή, τη διάρκεια, την πορεία και τα αισθητηριακά και συναισθηματικά συστατικά του πόνου. Επιπλέον καταγράφονται λεπτομέρειες σχετικά με επιδεινωτικούς και ανακουφιστικούς παράγοντες. Πληροφορίες για προηγούμενες διαγνωστικές εξετάσεις, αποτελέσματα προηγούμενων θεραπειών και τρέχουσες θεραπείες αποτελούν πολύτιμες πληροφορίες. Τέλος τα αίτια και τα αποτελέσματα του πόνου (φυσική λειτουργικότητα, αλλαγή στην επαγγελματική κατάσταση και ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία) και οι επιπτώσεις των προηγούμενων θεραπειών θα πρέπει να αξιολογούνται και να τεκμηριώνονται (Hurley et al., 2021).

Ακολουθεί η **φυσική εξέταση** που περιλαμβάνει κατάλληλη και ειδικά κατευθυνόμενη νευρολογική και μυοσκελετική αξιολόγηση. Η **ψυχοκοινωνική**

αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την παρουσία ψυχολογικών συμπτωμάτων (π.χ. άγχος, κατάθλιψη ή θυμός), ψυχιατρικές διαταραχές, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης. Επιπρόσθετα πραγματοποιείται **αξιολόγηση της επίδρασης** του πόνου στη διάθεση του ατόμου, στην συνήθεια του ύπνου, στον εθισμό από ουσίες, σε παρεκκλίνουσες συμπεριφορές και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα ευρήματα από το ιστορικό του ασθενούς, τη φυσική εξέταση και τον διαγνωστικό έλεγχο θα πρέπει να συνδυάζονται με ένα εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας. Αυτό πρέπει να επικεντρώνεται στον χρονισμό της αναλογίας κινδύνου-οφέλους, με την κατάλληλη προσαρμογή της θεραπείας από μικρότερο προς το μεγαλύτερο βαθμό επεμβατικότητας (Karur et al., 2014).

1.7. Διαχείριση του χρόνιου πόνου

1.7.1. Φαρμακολογικές παρεμβάσεις

1.7.1.1. Μη στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα

Οι υπάρχουσες οδηγίες συνιστούν την παρακεταμόλη (ακεταμινοφαίνη) ως αναλγητικό πρώτης γραμμής. Ωστόσο, αυτή η φαρμακευτική ουσία δεν είναι ιδανική επιλογή για τον χρόνια πόνο, επειδή η παρακεταμόλη δεν έχει αντιφλεγμονώδη δράση και έχει αποδειχθεί λιγότερο αποτελεσματική από τις εναλλακτικές μη οπιοειδείς επιλογές σε χρόνιες καταστάσεις (Lee et al., 2004).

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) θεωρούνται ως πρώτης επιλογής φάρμακα για τον φλεγμονώδη πόνο. Τα ΜΣΑΦ έχουν: (1) αναλγητική δράση, (2) αντιπυρετική δράση, (3) αντιφλεγμονώδη δράση και (4) δρουν ανασταλτικά στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Όλες οι δράσεις διαμεσολαβούνται από τον ίδιο μηχανισμό δράσης: μπλοκάρουν την παραγωγή προσταγλανδινών αναστέλλοντας και τις δύο μορφές κυκλοοξυγενάσης (COX1 και COX2) που είναι απαραίτητες για τη σύνθεση των προσταγλανδινών (Sarzi-Puttini et al., 2013).

Οι προσταγλανδίνες λειτουργούν ως χημικοί μεσολαβητές και εκφράζονται σε σχεδόν όλες τις διεργασίες του πόνου. Η προσταγλανδίνη E2 (PGE2), είναι υπεύθυνη για την πρόκληση του πόνου και του πυρετού. Η θρομβοξάνη (TxA2) εκλύεται κατά την

συγκόλληση των αιμοπεταλίων και προκαλεί τοπική αγγειοσύσπαση και λειτουργεί ανασταλτικά στις μικροαιμορραγίες. Η προσταγλανδίνη F2α (PGF2α) παράγεται σε πολλές και διαφορετικές φυσιολογικές λειτουργίες, όπως π.χ. στη φλεγμονή, στον τοκετό, στην έμμηνο ρύση, στο αναπνευστικό επιθήλιο, στα μυϊκά κύτταρα, στον οφθαλμό κλπ. Η προσταγλανδίνη D2 (PGD2) παράγεται κατά τη διαδικασία του ύπνου, στις αλλεργίες στο αναπνευστικό επιθήλιο και στα μαστοκύτταρα. Τέλος η προστακυκλίνη (PGI2) είναι η βασική προσταγλανδίνη που παράγεται στο ενδοθήλιο των αγγείων σε καταστάσεις άγχους και προκαλεί αγγειοδιαστολή (Braune et al., 2020).

Τα ΜΣΑΦ αντιπροσωπεύουν μια σημαντική φαρμακολογική επιλογή στη διαχείριση του φλεγμονώδους πόνου. Αυτή η κατηγορία φαρμάκων περιλαμβάνει πολλές ενώσεις με κλινικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια. Μεταξύ των πολλών ΜΣΑΦ που είναι διαθέσιμα, η ιβουπροφαίνη, η δικλοφενάκη και η κετοπροφαίνη παραμένουν τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα. Οι κύριες ενδείξεις για τη θεραπεία με ΜΣΑΦ περιλαμβάνουν τον μετεγχειρητικό πόνο, τον τραυματικό πόνο, την οξεία αρθρίτιδα, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και άλλες ρευματικές διαταραχές. Δεν έχουν όλα τα ΜΣΑΦ το ίδιο προφίλ. Η επιλογή του κάθε σκευάσματος καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή (φαρμακοκινητικές ιδιότητες, φάσμα αποτελεσματικότητας έναντι διαφορετικών τύπων πόνου) και με τον ασθενή (συννοσηρότητες, παράγοντες κινδύνου για πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες) (Varrassi et al., 2019).

1.7.1.2.Οπιοειδή

Αν και η μορφίνη είναι το πιο ευρέως γνωστό εκχύλισμα του *P. somniferum*, τέσσερα φυσικά αλκαλοειδή (αμίνες που προέρχονται από φυτά) μπορούν να απομονωθούν από αυτό: μορφίνη, κωδεΐνη, παπαβερίνη και θηβαΐνη. Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, ένας αριθμός συνθετικών οπιοειδών παρήχθη. Αυτές οι συνθετικές ενώσεις μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις χημικές ομάδες: τα παράγωγα της μορφινάνης (λεβορφανόλη, βουτορφανόλη), τα παράγωγα του διφαινυλεπτανίου (μεθαδόνη, προποξυφαίνιο), τα παράγωγα της βενζομορφάνης (πενταζοκίνη, φαιναζοκίνη) και τα παράγωγα της φαινυλπιπεριδίνης (πεθιδίνη, αλφεντανύλη, φεντανύλη, σουλφεντανίλη, ρεμιφαντανύλη) (Pathan & Williams, 2012).

Τα οπιοειδή αναλγητικά είναι απαραίτητα για τη διαχείριση του πόνου. Τα οπιοειδή είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά και ασφαλή αναλγητικά. Τα οπιοειδή δεν είναι πανάκεια για όλες τις επώδυνες καταστάσεις και πρέπει να χορηγούνται σε μια συνεχιζόμενη ανάλυση οφέλους και κινδύνου. Τα οπιοειδή δεν χρησιμοποιούνται μεμονωμένα, αλλά αποτελούν μέρος μιας πολύπλευρης στρατηγικής που περιλαμβάνει όλα τα απαραίτητα επικουρικά αναλγητικά, μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, ψυχολογική υποστήριξη και αποκατάσταση (Gilson et al., 2011).

1.7.1.3. Αντικαταθλιπτικά

Αν και τα αντικαταθλιπτικά δεν σχεδιάστηκαν αρχικά ως αναλγητικά, αναφέρεται ότι έχουν αναλγητική δράση στον χρόνια πόνο. Ωστόσο θεωρούνται φάρμακα πρώτης γραμμής επιλογής για τον νευροπαθητικό πόνο. Η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών στη θεραπεία των διαταραχών του χρόνιου πόνου θεωρείται υψηλού επιπέδου (Obata, 2017).

Η ψυχική διάθεση έχει σημαντικό ρόλο στον χρόνια πόνο. Ο παρατεταμένος πόνος προκαλεί άγχος που συνοδεύεται από προοδευτική καταθλιπτική κατάσταση και ενισχυμένες αισθήσεις πόνου. Επομένως, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να είναι αποτελεσματικά έναντι του χρόνιου πόνου λόγω των επιδράσεών τους στη βελτίωση της καταθλιπτικής κατάστασης. Ωστόσο τα αντικαταθλιπτικά αναστέλλουν τον νευροπαθητικό πόνο, ακόμη και όταν ο ασθενής δεν βρίσκεται σε καταθλιπτική κατάσταση. Επιπλέον, οι επιδράσεις των αντικαταθλιπτικών στην κατάθλιψη χρειάζονται χαρακτηριστικά περίπου δύο έως τέσσερις εβδομάδες για να παρατηρηθούν από την πρώτη στιγμή λήψης του φαρμάκου, ενώ τα αναλγητικά αποτελέσματα στον χρόνια πόνο εκδηλώνονται σε λίγες μέρες έως μία εβδομάδα. Επομένως, τα αναλγητικά αποτελέσματα των αντικαταθλιπτικών στον χρόνια πόνο πιθανότατα περιλαμβάνουν έναν μηχανισμό διαφορετικό από εκείνον που μεσολαβεί στα αντικαταθλιπτικά τους αποτελέσματα (Dharmshaktu et al., 2012).

Στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά περιλαμβάνονται οι τριτοταγείς αμίνες αμιτριπτυλίνη και ιμιπραμίνη καθώς και οι δευτεροταγείς αμίνες νοτριπτυλίνη και δεσιπραμίνη. Αυτές οι ουσίες έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία μιας ποικιλίας επώδυνων νευροπαθητικών καταστάσεων, όπως η διαβητική νευροπάθεια,

η μεθερπητική νευραλγία, η επώδυνη πολυνευροπάθεια, ο πόνος μετά τη μαστεκτομή και κεντρικός μεταεγκεφαλικός πόνος (Fornasari, 2017).

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ως κατηγορία έχουν πολλαπλούς μηχανισμούς δράσης που συμβάλλουν στην αναλγησία σε ποικίλους βαθμούς. Ο πρωταρχικός μηχανισμός δράσης τους είναι μέσω της αναστολής της επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης, ουσίες που αυξάνουν την ενεργοποίηση των καθοδικών οδών στο μεσεγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό. Τα προφίλ παρενεργειών των ουσιών αυτών δεν είναι ασήμαντα και πολλές φορές οδηγούν σε αδυναμία του ατόμου να ανεχθεί το φάρμακο. Οι πιο συχνές παρενέργειες περιλαμβάνουν ορθοστατική υπόταση, ξηροστομία και καταστολή. Για αυτό τα φάρμακα αυτά συνίσταται να λαμβάνονται συνήθως πριν τον ύπνο (Obata, 2017).

1.7.1.4. Αντιεπιληπτικά

Τα αντισπασμωδικά έχουν φαρμακολογικές επιδράσεις σε διάφορους υποτιθέμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς στους οποίους βασίζεται η ανάπτυξη νευροπαθητικού πόνου. Ο νευροπαθητικός πόνος είναι χρόνιος πόνος που προκαλείται από τραυματισμό ή ασθένεια του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος, που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μιας σειράς νευροβιολογικών διεργασιών, οι οποίες οδηγούν σε υπερδιέγερση στις οδούς αγωγής των σωματοαισθητηριακών νευρώνων. Διάφοροι αντιεπιληπτικοί παράγοντες έχουν εγκριθεί για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου, καθώς έχουν δράση στις παραπάνω διεργασίες. Η καρβαμαζεπίνη, η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου. Οι πιο συχνά μελετημένοι υπότυποι νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνουν τον διαβητικό νευροπαθητικό πόνο, τη μεθερπητική νευραλγία και τον νευροπαθητικό πόνο που σχετίζεται με τον HIV (Sidhu & Sadhotra, 2016).

1.7.1.5. Τοπικά αναλγητικά

Τα αναλγητικά φάρμακα που έχουν ένδειξη για τοπική χρήση αποτελούν μια εξαιρετική επιλογή στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Τα πλεονεκτήματα αυτών των φαρμάκων περιλαμβάνουν τη μείωση των συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών, τη βελτιωμένη αποδοχή από τον ασθενή, τις λιγότερες αλληλεπιδράσεις με άλλες

φαρμακευτικές ουσίες, την ευκολία προσδιορισμού της δόσης, την αποφυγή μεταβολισμού πρώτης διόδου και την άμεση πρόσβαση στον ιστό-στόχο. Σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός από τοπικά φάρμακα, σε ένα μείγμα 3 ή περισσότερων μεμονωμένων φαρμάκων για την επίτευξη πολλαπλών και συμπληρωματικών δράσεων, με τις χαμηλότερες δόσεις κάθε μεμονωμένου φαρμάκου (Cline & Turrentine, 2016).

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά ως τοπικά αναλγητικά είναι τα ΜΣΑΦ, τα τοπικά αναισθητικά και η καψαϊκίνη. Άλλες κατηγορίες φαρμάκων όπως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, η κεταμίνη, η γκαμπαπεντίνη, ή συνδυασμός αυτών, μπορεί να προσφέρουν κάποια ανακούφιση για ασθενείς με ανθεκτικό πόνο (Anitescu et al., 2013).

1.7.2.Μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις

Οι μη φαρμακολογικές θεραπείες έχουν υιοθετηθεί σε μια προσπάθεια να παρακάμψουν τις παρενέργειες, την κατάχρηση και τον εθισμό που σχετίζονται με τη χρήση των φαρμακευτικών ουσιών. Τα σύγχρονα δεδομένα δείχνουν ότι κατανοούνται οι βιολογικοί μηχανισμοί των μη φαρμακολογικών θεραπειών πόνου, με την ανάπτυξη εξελιγμένων μεθοδολογιών συμπεριφοράς, με την εφαρμογή μη επεμβατικών τεχνικών απεικόνισης και με την αυστηρή τήρηση της επιστημονικής μεθόδου τόσο σε ανθρώπινες όσο και σε προκλινικές μελέτες. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές προκλήσεις για την πλήρη κατανόηση της αποτελεσματικότητας και των μηχανισμών των μη φαρμακολογικών τρόπων θεραπείας του πόνου (Bushnell et al., 2021).

Οι μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις για την ανακούφιση του πόνου συνδέονται συχνότερα με χρόνιες καταστάσεις και αναφέρονται στα παρακάτω:

- Η θεραπευτική άσκηση και ο ρόλος της στη θεραπεία του πόνου συνδέεται με την υποκείμενη διάγνωση για τον πόνο. Τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα αποδεικνύουν την υπεροχή των θεραπειών κίνησης έναντι της ανάπαυσης. Εκτός από τη βελτίωση της φυσικής λειτουργίας, η θεραπευτική άσκηση συνιστά μια βιοψυχοκοινωνική θεραπευτική προσέγγιση και βοηθά τους ασθενείς να κατανοήσουν και να ξεπεράσουν «δευτερεύουσες παθολογίες», συμπεριλαμβανομένου του φόβου της κίνησης και του άγχους, που συμβάλλουν στον πόνο και την αναπηρία (Booth et al., 2017).

- Η διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (TENS-Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) είναι μια τεχνική με την οποία παλμικά ηλεκτρικά ρεύματα χορηγούνται μέσω της επιφάνειας του δέρματος με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο. Παρά τα περισσότερα από 50 χρόνια εφαρμογής αυτής της μεθόδου, υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την κλινική αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου. Ουσιαστικά η μέθοδος αυτή δημιουργεί μια ευχάριστη αισθητηριακή εμπειρία. Προτείνεται η εφαρμογή της μεθόδου σε μια σειρά από χρόνιες επώδυνες καταστάσεις, όπως η οστεοαρθρίτιδα, η μη ειδική οσφυαλγία, η αυχεναλγία, η επικονδυλίτιδα και ινομυαλγία (Johnson, 2021).
- Ο βελονισμός είναι μια αναγνωρισμένη μορφή θεραπείας που έχει τις ρίζες της στην αρχαία κινεζική ιατρική. Περιλαμβάνει τον χειρισμό ενός συστήματος μεσημβρινών, όπου ρέει η «ζωτική ενέργεια», εισάγοντας βελόνες σε προσδιορισμένα σημεία. Γενικά θεωρείται ασφαλής όταν εκτελείται από έμπειρο και καλά εκπαιδευμένο επαγγελματία. Οι κίνδυνοι είναι ελάχιστοι. Η θεραπευτική αξία του βελονισμού στη θεραπεία διαφόρων καταστάσεων πόνου δεν τεκμηριώνεται επαρκώς και έχει μια ποικιλία επιδράσεων στο χρόνιο πόνο (MacPherson et al., 2017).
- Ο υπνωτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση κατά την οποία η προσοχή ενός ατόμου αποσπάται από το άμεσο περιβάλλον του και απορροφάται από εσωτερικές εμπειρίες όπως συναισθήματα, γνώση και εικόνες. Η υπνωτική επαγωγή περιλαμβάνει εστίαση της προσοχής και της ευφάνταστης εμπλοκής σε μια υπνωτική πραγματικότητα. Ο υπνωτισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια διαλογιστική κατάσταση, στην οποία κάποιος μπορεί να μάθει να έχει πρόσβαση συνειδητά και σκόπιμα, για θεραπευτικό σκοπό. Αυτή η κατάσταση μπορεί να μετριάσει το άγχος, να βοηθήσει στη διαχείριση των παρενεργειών των φαρμάκων ή να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου ή άλλων συμπτωμάτων (Williamson, 2019).
- Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει καθιερωθεί ως μια αποτελεσματική θεραπεία για τον χρόνιο πόνο, αλλά με μέτρια συνολικά αποτελέσματα. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στοχεύει στην εκπαίδευση του ασθενούς. Σε μια απλοποιημένη προσέγγιση δίνεται έμφαση στην ικανότητα του εγκεφάλου να «ανοίγει» ή «κλείνει» την πύλη του πόνου και να επεξεργάζεται τα σήματα του πόνου. Αυτή είναι μια προσαρμογή των πιο σύνθετων προσεγγίσεων νευροφυσιολογίας για

την εκπαίδευση του πόνου και χρησιμεύει ως το σκεπτικό της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (Thorn, 2020).

Αυτές οι προσεγγίσεις στη διαχείριση του πόνου μπορεί να συμπληρώσουν ή όντως να υποκαταστήσουν τη φαρμακολογική θεραπεία σε ορισμένους τύπους πόνου. Τα στοιχεία αποτελεσματικότητας ποικίλλουν και αυτό μπορεί να οφείλεται στον τύπο του πόνου, τον τύπο της παρέμβασης, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, την ικανότητα και την εμπειρία του κλινικού ιατρού και τους ετερογενείς πληθυσμούς της μελέτης (Ren & Dubner, 2009).

1.7.3.Ιατρεία πόνου

Τα ιατρεία πόνου στοχεύουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλούνται από το χρόνο επώδυνο ερέθισμα. Σε αυτές τις δομές παρέχεται η εξειδικευμένη βοήθεια, με σκοπό τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την επανάκτηση της αυτοπεποίθησης και την επανένταξη στην κανονική καθημερινότητα. Οι ειδικοί επιστήμονες στα ιατρεία πόνου παρέχουν εξειδικευμένη συμβουλευτική, παρέχουν κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και ιατρο-νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με χρόνιο πόνο. Τα ιατρεία πόνου στελεχώνονται από εξειδικευμένους αναισθησιολόγους και εντάσσονται στα αναισθησιολογικά τμήματα των νοσοκομείων. Δυστυχώς, στην Ελλάδα λίγα ιατρεία πόνου λειτουργούν οργανωμένα στα μεγάλα αστικά κέντρα (Στάικου και συν., 2019).

Στην Ελληνική πραγματικότητα, στα ιατρεία πόνου οι παρεχόμενες υπηρεσίες εστιάζονται κυρίως στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και σε δεύτερο επίπεδο στις υπηρεσίες ενδυνάμωσης του ασθενή, στην ψυχολογική στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος και στις υπηρεσίες αποκατάστασης. Σε κάθε περίπτωση στόχος των ιατρείων πόνου είναι η παροχή μιας ολιστικής αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου, στις διαστάσεις της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας (Πιερράκος και συν., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Ο πρωταρχικός στόχος της διαχείρισης του χρόνιου πόνου είναι η ανακούφιση του πόνου και η βελτίωση της λειτουργίας του ατόμου. Η διαχείριση του χρόνιου πόνου πρέπει να είναι ολοκληρωμένη, πολυτροπική, διεπιστημονική, βασισμένη σε στοιχεία και προσαρμοσμένη στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς. Εκτός από την αντιμετώπιση των βιολογικών παραγόντων όταν είναι γνωστοί, πιστεύεται ότι η βέλτιστη διαχείριση του χρόνιου πόνου πρέπει να περιλαμβάνει επίσης τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον πόνο. Τέλος η αυτοφροντίδα είναι ένα σημαντικό μέρος της διαχείρισης του χρόνιου πόνου (Institute of Medicine, 2011).

2.1.Ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ατόμου με χρόνια πόνο

Η αξιολόγηση του ατόμου που ταλαιπωρείται από τον χρόνια πόνο βασίζεται στη συγκέντρωση των διαθέσιμων πληροφοριών από τον ασθενή. Οι νοσηλεύτριες χρειάζεται να αναζητήσουν την αιτιολογία του πόνου μέσω της φυσικής εξέτασης και των συναφών διαγνωστικών εξετάσεων. Ταυτόχρονα αξιολογείται η διάθεση του ασθενούς, οι φόβοι, οι προσδοκίες, οι προσπάθειες αντιμετώπισης, οι παρεχόμενοι πόροι και οι απαντήσεις σημαντικών άλλων, σε μια προσπάθεια σύνθεσης του αντίκτυπου του πόνου στη ζωή του ατόμου (Dansie & Turk, 2013).

Σαφώς δεν υπάρχει ένας μετρητής του πόνου, που να μπορεί να προσφέρει μια αντικειμενική ποσοτικοποίηση της έκτασης ή της σοβαρότητας του πόνου που βιώνει ο ασθενής. Ο πόνος μπορεί να εκτιμηθεί μόνο έμμεσα και αυτή η εκτίμηση βασίζεται στην αποκάλυπτη επικοινωνία του ασθενούς με τον νοσηλευτή -τρια. Σε αυτή τη διαδικασία αποκαλύπτονται βιοϊατρικοί, ψυχοκοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες, που αλληλεπιδρούν και τελικά καθορίζουν τη φύση, τη σοβαρότητα, την επιμονή του πόνου και της αναπηρίας και την ανταπόκριση στη θεραπεία (Filligim et al., 2017).

2.2. Συνέντευξη και αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενούς

Εκτός από αυτήν την τυπική προσέγγιση της ιατρικής αξιολόγησης, απαιτείται η αξιολόγηση του ασθενούς, με σκοπό την αναζήτηση ψυχοκοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων, που επηρεάζουν την υποκειμενική αναφορά των χαρακτηριστικών του πόνου. Αν υπάρχουν ενδείξεις, ο ασθενής μπορεί να παραπεμφθεί για μια πιο εκτεταμένη ψυχολογική διερεύνηση. Κατά τη διεξαγωγή της συνέντευξης, εκτός από τη συλλογή πραγματικών πληροφοριών, ο νοσηλευτής -τρια θα πρέπει να παρατηρεί τη συμπεριφορά του ασθενούς, τη στάση του σώματος, τις κινήσεις των ματιών και τους μορφασμούς του προσώπου, σε μια προσπάθεια να ανακαλύψει βαθύτερα στοιχεία ψυχο-συναισθηματικής επιβάρυνσης (Dansie & Turk, 2013).

Σε αυτή την διαδικασία της συνέντευξης, ο νοσηλευτής -τρια αξιολογεί τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς, τις πεποιθήσεις για την αιτία του πόνου και την πορεία προς τη θεραπεία. Η αξιολόγηση και η χρονική συσχέτιση αυτών των γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών γεγονότων, μπορεί να εντοπίσουν συμβάντα πυροδότησης ή μεσολαβητές του πόνου. Επιπλέον, οι ασθενείς με προβλήματα χρόνιου πόνου συχνά καταναλώνουν ποικιλία φαρμάκων. Είναι σημαντικό να συζητηθούν οι φαρμακευτικές επιλογές του ασθενούς, καθώς επίσης και τα μη συνταγογραφούμενα σκευάσματα, τα συμπληρώματα ή ακόμα και απαγορευμένες ουσίες. Θεωρείται σημαντικό από τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με αυτούς τους ασθενείς, να έχουν γνώση σε βάθος των παρενεργειών που προκαλούνται από όλα τα αναλγητικά σκευάσματα, όπως το αίσθημα κόπωσης, οι δυσκολίες ύπνου και οι αλλαγές της διάθεσης (Turk & Robinson, 2011).

Κατά την αρχική αξιολόγηση και τη συνέντευξη, ο νοσηλευτής-τρια ολοκληρώνει και τεκμηριώνει μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση του πόνου, χρησιμοποιώντας κατάλληλα τα εργαλεία αξιολόγησης πόνου. Ειδικότερα περιγράφονται και τεκμηριώνονται: η θέση του πόνου, οι χρονικές πτυχές, η ένταση του πόνου, τα χαρακτηριστικά και η επίδραση του πόνου στη λειτουργία και στην ποιότητα ζωής. Επίσης τεκμηριώνεται η χρονιότητα του πόνου. Ο χρόνιος πόνος είναι επίμονος, διαρκεί πέρα από τον αναμενόμενο χρόνο ή τον συνήθη χρόνο επούλωσης των ιστών (συνήθως 3 μήνες) (McCaffery et al., 2011).

Ο νοσηλευτής -τρια προσδιορίζει προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες του ασθενούς, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων διαχείρισης του πόνου και εξετάζει την ανταπόκριση σε αναλγητικά φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισης παρενεργειών και ανησυχιών για τον πόνο και τη θεραπεία (π.χ. φόβος για τον εθισμό). Τα φαρμακευτικά σχήματα πρέπει να εξατομικεύονται για κάθε ασθενή και να λαμβάνουν υπόψη την ιατρική, ψυχολογική και φυσική κατάσταση, την ηλικία, το επίπεδο φόβου ή άγχους, τους στόχους και τις προτιμήσεις των ασθενών και την προηγούμενη ανταπόκριση σε αναλγητικά (McCaffery et al., 2011).

Ο νοσηλευτής -τρια αξιολογεί τακτικά τον χρόνιο πόνο, συμπεριλαμβανομένης της επίδρασης του χρόνιου πόνου στη δραστηριότητα, στον ύπνο, στις διατροφικές συνήθειες, στην κοινωνική λειτουργικότητα, συμπεριλαμβανομένων των σχέσεων, των οικονομικών δεδομένων και της απασχόλησης. Η τακτική αξιολόγηση των ασθενών με χρόνιο πόνο είναι κρίσιμη, επειδή οι αλλαγές στην υποκείμενη κατάσταση του πόνου, η παρουσία συννοσηροτήτων και οι μεταβολές στις ψυχοκοινωνικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν την ένταση και τα χαρακτηριστικά του πόνου και να απαιτήσουν αναθεώρηση του σχεδίου διαχείρισης του πόνου (Chou et al., 2009). Στο ίδιο πλαίσιο, ο νοσηλευτής -τρια αξιολογεί την παρουσία ψυχιατρικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης. Αυτό βασίζεται στην παρατήρηση ότι σχεδόν μισοί ασθενείς με χρόνιο πόνο πάσχουν από κατάθλιψη ή από αγχώδεις διαταραχές (Kroenke, 2013).

Εάν εξετάζεται το ενδεχόμενο θεραπείας με οπιοειδή, αξιολογείται ο ασθενής με μια ολοκληρωμένη συνέντευξη και αξιολόγηση. Η αξιολόγηση του ασθενούς που λαμβάνει οπιοειδή περιλαμβάνει την επίδραση των οπιοειδών στον πόνο, στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών του ύπνου και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Επίσης περιλαμβάνεται αξιολόγηση για σημεία κατάχρησης και εθισμού. Η αξιολόγηση μπορεί να περιλαμβάνει την τοξικολογική εξέταση των ούρων για την αξιολόγηση των επιπέδων των οπιοειδών, την καταμέτρηση των χαπιών σύμφωνα με τη συνιστάμενη δοσολογία και την παρακολούθηση της συνταγογράφησης στις σχετικές βάσεις δεδομένων (Cheatle & Barker, 2014).

Ειδικά για τους ηλικιωμένους ασθενείς, δεν πρέπει να παραμελείται η αναφορά του πόνου που έχει χρόνια διάρκεια. Ο πόνος δεν ορίζεται ως συστατικό της φυσιολογικής

γήρανσης. Ο πόνος που δεν αναγνωρίζεται, δεν θεραπεύεται ή υποθεραπεύεται μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις για το ηλικιωμένο άτομο, όπως μειωμένη γνωστική ικανότητα, παραλήρημα, αλλαγές στη διάθεση (κατάθλιψη, άγχος), διαταραχές του ύπνου και σημαντική σωματική και κοινωνική αναπηρία (McCaffery et al., 2011).

2.3.Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος

Οι γενικοί στόχοι της λήψης του ιστορικού και της αξιολόγησης στον χρόνιο πόνο αποσκοπούν:

- Στον προσδιορισμό της αναγκαιότητας πρόσθετων διαγνωστικών εξετάσεων.
- Στη σύνδεση των ιατρικών δεδομένων με τα συμπτώματα του ασθενούς, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τους λειτουργικούς περιορισμούς.
- Στην οριστική ιατρική διάγνωση.
- Στην διαθεσιμότητα της κατάλληλης θεραπείας και στο καθορισμό των στόχων της θεραπείας.
- Στον καθορισμό της κατάλληλης πορείας για τη διαχείριση των συμπτωμάτων εάν δεν υπάρχει πλήρης θεραπεία (Dansie & Turk, 2013).

Δεν υπάρχει ειδική διαγνωστική εξέταση για τον χρόνιο πόνο. Ο ασθενής με χρόνιο πόνο μπορεί να υποβληθεί σε μια σειρά από διαγνωστικές εξετάσεις (απεικονιστικές και εργαστηριακές), με σκοπό τη διερεύνηση της αιτίας του πόνου. Η απλή ακτινογραφία είναι χρήσιμη στον μυοσκελετικό πόνο για τον αποκλεισμό παθολογίας που μπορεί να απαιτεί πιο άμεση προσοχή (π.χ. μη αναγνωρισμένο κάταγμα ή όγκος). Η μαγνητική τομογραφία και η αξονική τομογραφία χρησιμοποιούνται πολύ συχνά, ειδικά σε πόνους που σχετίζονται με τη σπονδυλική στήλη. Η μαγνητική τομογραφία συνήθως προτιμάται για την αξιολόγηση των μεσοσπονδύλιων δίσκων και της σχετιζόμενης παθολογίας. Η ηλεκτρομυογραφία και οι μελέτες αγωγιμότητας χρησιμοποιούνται σε ασθενείς για τους οποίους υπάρχει υποψία ότι έχουν δυσλειτουργία του κατώτερου κινητικού νευρώνα, παθολογία της νευρικής ρίζας ή μυοπάθεια (Kulin & Reaston, 2011).

Σε πολλές περιπτώσεις οι αναφορές της σοβαρότητας του πόνου συχνά καταδεικνύουν μέτριες συσχετίσεις με αντικειμενικά φυσικά και εργαστηριακά ευρήματα. Σημαντικός αριθμός ασθενών που αναφέρουν χρόνιο πόνο δεν εμφανίζουν σχετικά παθολογικά

ευρήματα, κατά το διαγνωστικό έλεγχο, όπως οι απλές ακτινογραφίες, η αξονική τομογραφία ή το ηλεκτρομυογράφημα. Παρά αυτούς τους περιορισμούς, το ιστορικό του ασθενούς και η φυσική εξέταση παραμένουν η βάση της ιατρικής διάγνωσης και παρέχουν προστασία έναντι της υπερερμηνείας των ευρημάτων από τις διαγνωστικές δοκιμασίες (Fillingim et al., 2017).

2.4.Κλίμακες εκτίμησης του πόνου

Πρωταρχικός στόχος στη διαχείριση του χρόνιου πόνου είναι η μείωση της έντασης του πόνου. Για το λόγο αυτό απαιτείται η αξιολόγηση της έντασης του πόνου, τόσο για την περίοδο πριν από τη θεραπεία, όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η εκτίμηση της έντασης του πόνου ορίζεται πάντα σύμφωνα με την υποκειμενική κρίση του ασθενούς. Για το λόγο αυτό κατασκευάστηκαν ειδικές κλίμακες, που έχουν σαν σκοπό να σταθμίσουν την ένταση του πόνου, με βάση την υποκειμενική εκτίμηση του ασθενούς. Ως τέτοιες κλίμακες αναφέρονται αριθμητικές κλίμακες του πόνου, οπτικές αναλογικές κλίμακες, λεκτικές κλίμακες και τυποποιημένα ερωτηματολόγια ή περισσότερο πολύπλοκα εργαλεία, που περιλαμβάνουν συνδυασμό των παραπάνω (Jamison & Edwards,, 2012).

Τα πιο απλά εργαλεία στην αξιολόγηση του πόνου αναφέρονται στις μονοδιάστατες κλίμακες. Ωστόσο, οι κλίμακες αυτές απλοποιούν την εμπειρία του πόνου και τα αποτελέσματα ποικίλλουν μεταξύ των εξεταζόμενων πληθυσμών των ασθενών και των διαφορετικών διαγνώσεων. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες της έντασης του πόνου είναι η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS-Visual Analogue Scale), η λεκτική κλίμακα αξιολόγησης (VRS-Verbal Rating Scale), η αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης (NRS-Numerical Rating Scale) και η αναθεωρημένη κλίμακα εκφράσεων του προσώπου (FPS-R-Faces Pain Scale-Revised). Κάθε μία από αυτές τις κλίμακες έχει αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν την αξιοπιστία τους και οι αξιολογήσεις αυτών των κλιμάκων τείνουν να συσχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους, υποστηρίζοντας την εγκυρότητά τους (Sendlbeck et al., 2015).

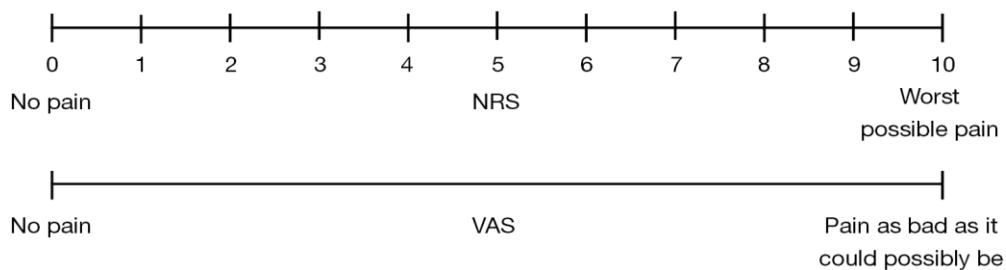
Η οπτική αναλογική κλίμακα είναι μια συνεχής κλίμακα, που συνήθως παρουσιάζεται ως μια οριζόντια γραμμή 10 εκατοστών, πλαισιωμένη από δυο λεκτικές περιγραφές στα άκρα, που αντανακλούν «καθόλου πόνο» και «έντονο πόνο». Σε αυτή την

κλίμακα οι ερωτηθέντες καλούνται να ορίσουν το επίπεδο που αντιπροσωπεύει την ένταση του πόνου τους (Εικ. 1) (Atisook et al., 2021).

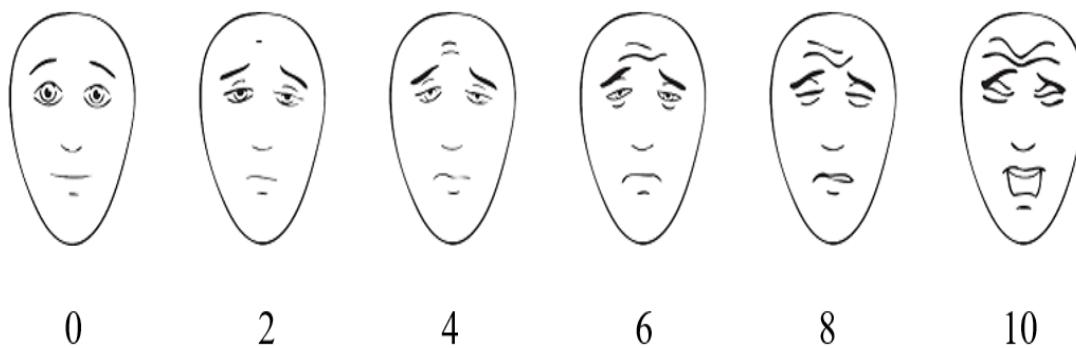
Η λεκτική κλίμακα αξιολόγησης είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο της έντασης του πόνου που έχει επικυρωθεί σε 15 γλώσσες. Οι έξι περιγραφές που χρησιμοποιούνται για κάθε επίπεδο έντασης του πόνου είναι: «καθόλου», «πολύ ήπιος», «ήπιος», «μέτριος», «σοβαρός», και «πολύ σοβαρός» (Atisook et al., 2021).

Η αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα μέσα αξιολόγησης της έντασης του πόνου στην έρευνα και την κλινική πρακτική. Μέσω αυτής της κλίμακας οι ερωτηθέντες καλούνται να επιλέξουν τον μοναδικό αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την ένταση του πόνου τους, σε μια κλίμακα από το 0 («Χωρίς πόνο») έως το 10 («χειρότερος πόνος») (Εικ. 1). (Atisook et al., 2021).

Η αναθεωρημένη κλίμακα εκφράσεων του προσώπου αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου στα παιδιά, τα οποία πιστεύεται ότι δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν τις προηγούμενες κλίμακες έντασης του πόνου. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιεί οπτικές απεικονίσεις προσώπων για την αναπαράσταση αυξανόμενων επιπέδων έντασης πόνου. Οι ερωτηθέντες καλούνται να επιλέξουν το πρόσωπο που αντιπροσωπεύει καλύτερα την ένταση του πόνου τους. Κάθε πρόσωπο σχετίζεται με έναν αριθμό (δηλαδή, 0, 2, 4, 6, 8 και 10), και η βαθμολογία έντασης του πόνου του ερωτώμενου είναι ο αριθμός που σχετίζεται με το πρόσωπο που επιλέχθηκε (Εικ. 2) (Atisook et al., 2021).



Εικόνα 1. Η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS-Visual Analogue Scale) και η αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης (NRS-Numerical Rating Scale) (Haefeli & Elfering, 2006).



Εικόνα 2. Η αναθεωρημένη κλίμακα εκφράσεων του προσώπου (Gurta et al., 2016).

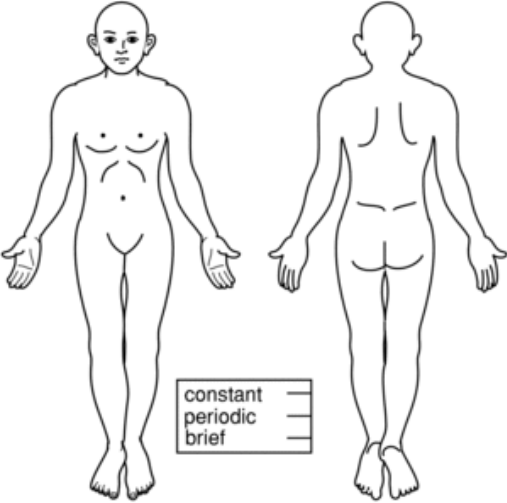
Οι πολυδιάστατες κλίμακες είναι πιο περίπλοκες και χρονοβόρες, αλλά μπορεί να μετρήσουν την ένταση, τη φύση και τη θέση του πόνου και να εκτιμήσουν τη δραστηριότητα ή τη διάθεση. Αυτά είναι χρήσιμα σε περίπλοκες ή επίμονες περιπτώσεις οξέος ή χρόνιου πόνου, όταν πρέπει να εκτιμηθεί η ένταση καθώς και η κοινωνική υποστήριξη, η παρέμβαση σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και η κατάθλιψη (Younger et al., 2009). Ενδεικτικά περιγράφονται οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες κλίμακες: η κλίμακα McGill Pain Questionnaire και η κλίμακα Brief Pain Inventory.

Το ερωτηματολόγιο McGill Pain Questionnaire παρέχει ποσοτική μέτρηση του πόνου και μπορεί να κάνει διάκριση μεταξύ αισθητηριακών και συναισθηματικών πτυχών του πόνου. Παρέχει επίσης τη δυνατότητα ανίχνευσης ανταπόκρισης στη θεραπεία. Περιλαμβάνει τέσσερα μέρη και απαιτεί 5–15 λεπτά για να ολοκληρωθεί. Ο πόνος αξιολογείται σε τρεις διαστάσεις: αισθητηριακή, συναισθηματική και αξιολογική. Έχουν αναπτυχθεί δύο προσαρμογές: το σύντομο ερωτηματολόγιο McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) και το SF-MPQ2, τα οποία είναι σύντομα, εύκολα στην ολοκλήρωση και πιο ευαίσθητα στις αλλαγές (Εικ. 3). (Ngamkham et al., 2012).

Η κλίμακα Brief Pain Inventory ποσοτικοποιεί τόσο την ένταση του πόνου όσο και την παρεμβολή ή την επίδραση στη λειτουργικότητα. Χρειάζονται 5–15 λεπτά για να ολοκληρωθεί και χρησιμοποιεί 11 αριθμητικές κλίμακες για να αποτυπώσει την ένταση του πόνου, τη διάθεση, την ικανότητα εργασίας, τις σχέσεις, τον ύπνο, την απόλαυση της ζωής και την επίδραση του πόνου στη γενική δραστηριότητα (Εικ. 4) (Poquet & Lin, 2016).

McGill – Melzack Pain Questionnaire

Patient's name _____ Date _____ Time _____ am/pm
 Analgesic(s) _____ Dosage _____ Time Given _____ am/pm
 Analgesic(s) _____ Dosage _____ Time Given _____ am/pm
 Analgesic Time Difference (hours): +4 +1 +2 +3
 PRI: S _____ A _____ E _____ M(S) _____ M(AE) _____ M(T) _____ PRI (T) _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

1 flickering quivering pulsing throbbing beating pounding 2 jumping flashing shooting 3 pricking boring drilling stabbing lancinating 4 sharp cutting lacerating 5 pinching pressing gnawing cramping crushing 6 tugging pulling wrenching 7 hot burning scalding searing 8 tingling itchy smarting stinging 9 dull sore hurting aching heavy 10 tender taut rasping splitting	11 tiring exhausting 12 sickening suffocating 13 fearful frightful terrifying 14 punishing gruelling cruel killing 15 wrenching blinding 16 annoying troublesome miserable intense unbearable 17 spreading radiating penetrating piercing 18 tight numb drawing squeezing tearing 19 cool cold freezing 20 nagging nauseating agonizing dreadful torturing PPI 0 no pain 1 mild 2 discomforting 3 distressing 4 horrible 5 excruciating	PPI _____ Comments: _____ 	accompanying symptoms: nauses _____ headache _____ dizziness _____ drowsiness _____ constipation _____ diarrhea _____ Comments: _____	Sleep: good _____ fitful _____ can't sleep _____ Comments: _____	Food intake: good _____ some _____ little _____ none _____ Comments: _____
		Comments: _____ Activity good _____ some _____ little _____ none _____			

Εικόνα 3. Η κλίμακα McGill Pain Questionnaire (Epstein et al., 2011).

Date: _____

Study ID: _____

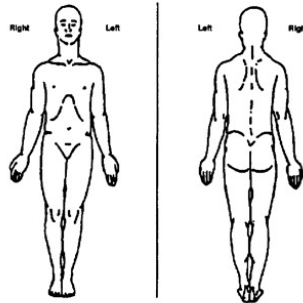
Hospital: _____

Brief Pain Inventory (Short Form)

1. Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

Yes No

2. On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain at its worst in the last 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
Pain

Pain As Bad As
You Can Imagine

4. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain at its least in the last 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
Pain

Pain As Bad As
You Can Imagine

5. Please rate your pain by marking the box beside the number that best describes your pain on the average.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
Pain

Pain As Bad As
You Can Imagine

6. Please rate your pain by marking the box beside the number that tells how much pain you have right now.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No
Pain

Pain As Bad As
You Can Imagine

Page 1 of 2

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved

Εικόνα 4. Η κλίμακα Brief Pain Inventory (Cleeland, 2006).

2.5.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής

Η παρακολούθηση της λειτουργικής κατάστασης ως μέτρο έκβασης είναι σημαντική για τη θεραπεία του πόνου. Σε αυτή την προσέγγιση περιλαμβάνονται η διάθεση, η κινητικότητα, οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, ο ύπνος, η όρεξη, η γνωστική εξασθένηση και οι αλλαγές βάρους. Η βελτιωμένη διαχείριση του πόνου αναμένεται να βελτιώσει ένα ή περισσότερα στοιχεία της λειτουργικής κατάστασης και αντίθετα ο πόνος που δεν αντιμετωπίζεται μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης (Schwan et al., 2019).

Η διαχείριση του χρόνιου πόνου βασίζεται σε μια εξατομικευμένη και πολυτροπική προσέγγιση. Η έννοια της πολυτροπικής προσέγγισης αναφέρεται στη χορήγηση δύο ή περισσότερων φαρμάκων, που δρουν με διαφορετικούς μηχανισμούς για την παροχή αναλγησίας. Έτσι μπορεί να χορηγηθούν συνδιαστικά ένα αντισπασμωδικό, ένα αντικαταθλιπτικό και ένα οπιοειδές σκεύασμα. Αυτός ο συνδιασμός στον χρόνιο πόνο ενισχύει την δράση των φαρμάκων και επιτρέπει τη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση, με αποτέλεσμα λιγότερες ή λιγότερο σοβαρές παρενέργειες (Turk et al., 2011).

Ο νοσηλευτής -τρια καταγράφει και ελέγχει την λίστα των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Η ακριβής καταγραφή των λαμβανόμενων φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη ενός σχεδίου χορήγησης των αναλγητικών και να αποτρέψει σφάλματα που σχετίζονται με λανθασμένα φάρμακα, με τις δοσολογίες, με την παράλειψη του θεραπευτικού σχήματος, με την αλληλεπίδραση φαρμακευτικών ουσιών και με φαινόμενα τοξικότητας, που μπορεί να συμβούν όταν συνδυάζονται ασύμβατα φάρμακα ή όταν υπάρχουν αλλεργίες (Gleason et al., 2014).

Στο πλαίσιο της φαρμακευτικής αγωγής, ο νοσηλευτής -τρια επιλέγει την οδό χορήγησης των αναλγητικών με βάση την κατάσταση του ασθενούς και τα χαρακτηριστικά του πόνου. Συνιστάται η λιγότερο επεμβατική οδός χορήγησης, που παρέχει επαρκή έλεγχο του πόνου. Έτσι ανάλογα με το εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας, η χορήγηση σκευασμάτων από το στόμα προτιμάται λόγω της ευκολίας λήψης των φαρμάκων και της εύκολης επίτευξης σχετικά σταθερών επιπέδων της φαρμακευτικής ουσίας στο αίμα. Η

δια-ορθική οδός μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν η χορήγηση σκευασμάτων από το στόμα δεν είναι εφικτή. Η ενδοφλέβια οδός προτιμάται για τον γρήγορο έλεγχο του έντονου πόνου και επομένως δεν θα χρησιμοποιείται γενικά στον χρόνιο πόνο. Η ενδομυϊκή οδός πρέπει να αποφεύγεται λόγω της μεταβλητής απορρόφησης και της πιθανότητας τραυματισμού των νεύρων και βλάβης των ιστών (Cooney et al., 2017).

Όταν ο χρόνιος πόνος έχει νευροπαθητικά χαρακτηριστικά, πρέπει να αντιμετωπίζεται με επικουρικά αναλγητικά, όπως αντισπασμωδικά, αντικαταθλιπτικά και τοπικά αναισθητικά. Σημειώνεται ότι στα αναλγητικά πρώτης γραμμής για τον νευροπαθητικό πόνο ανήκουν τα επικουρικά αναλγητικά. Η αναλγητική αποτελεσματικότητα των οπιοειδών στον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο είναι ασαφής (Gilron et al, 2015).

Όλοι οι ασθενείς πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για την προτεινόμενη θεραπευτική στρατηγική, συμπεριλαμβανομένων όλων των πιθανών κινδύνων και πρέπει να εκπαιδεύονται για την κατάλληλη χρήση των οπιοειδών φαρμάκων. Οι ασθενείς τίθενται υπό στενή ιατρική παρακολούθηση και πρέπει να ενθαρρύνονται να κρατούν ένα ημερολόγιο πόνου και δραστηριότητας (Cherny et al., 2010).

Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο διάγραμμα ροής, ώστε να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η καταλληλότητα της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να αξιολογηθεί πριν την έναρξη της θεραπείας, εξετάζοντας τις παρακάτω παραμέτρους:

- Τη φύση του πόνου και την τεκμηριωμένη ανταπόκριση σε προηγούμενες θεραπείες.
- Την ένταση του πόνου και την πιθανή ευαισθησία του στα διαφορετικά σκευάσματα.
- Την επίδραση του πόνου στη ζωή του ασθενούς (επαγγελματική, κοινωνική, ψυχαγωγική).
- Την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση συμπεριλαμβανομένης της διάθεσης, της οικογενειακής/κοινωνικής υποστήριξης, των ψυχιατρικών νοσηροτήτων και του κινδύνου εθισμού.
- Τις σημαντικές συννοσηρότητες όπως γαστρεντερικές, ηπατικές, νεφρικές, αναπνευστικές παθήσεις κ.λπ. (O'Brien et al., 2017).

Η επιλογή του σκευάσματος καθορίζεται με βάση τα παρακάτω δεδομένα:

- Η επιλογή του σκευάσματος πρέπει να εξατομικεύεται. Η επιλογή καθορίζεται από την προτίμηση του ασθενούς και την πρόταση του ιατρού, σε σχέση με την ευαισθησία και διαθεσιμότητα, τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και τις συννοσηρότητες και την εμφάνιση παρενεργειών.
- Η έναρξη της θεραπείας ξεκινά με τη χαμηλότερη δυνατή δόση και σταδιακά επιτυγχάνεται η τιτλοποίηση της δόσης.
- Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας καθορίζεται από την παρουσία (ή απουσία) και την ανεκτικότητα των σχετικών παρενέργειών, τις αλλαγές στην καθημερινή σωματική και κοινωνική δραστηριότητα, τις αλλαγές στην υποκείμενη κατάσταση του πόνου, στις αλλαγές σε συννοσηρότητες και στην ψυχική υγεία (O'Brien et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

3.1.Ορισμοί

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται συνήθως για να ορίσει την ευημερία για άτομα και κοινωνίες, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης από τη ζωή και της ευτυχίας. Η ομάδα Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL) ορίζει την ποιότητα ζωής ως «αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, σε σχέση με το πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (WHO, 1998). Αυτός ο όρος δεν συνιστά μια ποσοτική μέτρηση που αξιολογείται με βάση ιατρικούς όρους, τεχνικές ή εργαστηριακές διαδικασίες, αλλά μια εμπειρική απόδοση, που ορίζεται από την υποκειμενικότητα του ατόμου. Ο κύριος στόχος είναι να προσδιοριστεί ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι είναι ικανοποιημένοι με τη σωματική, ψυχική και κοινωνική λειτουργία τους (Aghaei et al., 2013).

Η έννοια της ποιότητας ζωής έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια. Χρησιμοποιείται ευρέως η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HR-QoL- Health-Related Quality Of Life). Αυτή η έννοια αναφέρεται στην ποιότητα ζωής που ενσωματώνει όλους τους παράγοντες που έχουν αντίκτυπο στη ζωή ενός ατόμου. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία περιλαμβάνει όλες τις πτυχές που σχετίζονται με την ευημερία ενός ατόμου. Η ποιότητα ζωής σε αυτό το πλαίσιο περιγράφεται ως μια διδιάστατη οντότητα: μια εσωτερική διάσταση (πως νιώθουν οι ασθενείς με τον εαυτό τους) και μια εξωτερική διάσταση (πως νιώθουν οι ασθενείς σε σχέση με τους άλλους) (Post, 2014).

Οι τέσσερις ευρείες διαστάσεις της υγείας που συνοψίζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία περιγράφονται ως εξής:

- Σωματική υγεία (σωματικές αισθήσεις, συμπτώματα ασθένειας).
- Ψυχική υγεία (θετική αίσθηση ευεξίας, μη παθολογικές μορφές ψυχολογικής δυσφορίας ή διαγνώσιμες ψυχιατρικές διαταραχές).

- Κοινωνική υγεία (βαθμός κοινωνικών επαφών και αλληλεπιδράσεων).
- Λειτουργική υγεία (αυτοφροντίδα, κινητικότητα, επίπεδο σωματικής δραστηριότητας και λειτουργικότητα σε σχέση στην οικογένεια και την εργασία) (Cai et al., 2021).

Η αρνητική επίδραση του πόνου για την ποιότητα ζωής είναι καθολική και περιλαμβάνει όλες τις παραπάνω διαστάσεις. Αυτή η αρνητική επίδραση καλύπτει κάθε στάδιο της ζωής και εμφανίζεται ανεξάρτητα από τον τύπο ή την πηγή του πόνου. Ο πόνος θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες της ποιότητας της ζωής των ατόμων, και υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ του πόνου και της ποιότητας ζωής. Για το λόγο αυτό, ο έλεγχος του πόνου συνιστά καθοριστικό παράγοντα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής στην υγεία. Η εμπειρία του πόνου καλύπτει τους τομείς της ποιότητας ζωής ως εξής:

- Σωματική ευεξία συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων και των λειτουργιών του ατόμου (καθημερινή και επίμονη ενόχληση, έλλειψη ενέργειας και κόπωση, σεξουαλικά προβλήματα, προβλήματα ύπνου).
- Ψυχολογική ευεξία συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της μείωσης των θετικών συναισθημάτων, γνωστικές δραστηριότητες και αυτοεκτίμηση.
- Επίπεδο ανεξαρτησίας (περιορισμοί κινητικότητας, καθημερινές δραστηριότητες και εξάρτηση από φάρμακα).
- Περιβαλλοντική κινητικότητα (σωματική ασφάλεια, διαθεσιμότητα κοινωνικών υπηρεσιών και ικανοποίηση από την εργασία).
- Πνευματικότητα (πνευματική ταλαιπωρία, το νόημα του πόνου, θρησκευτικότητα, πνευματική αναζήτηση) (Soyuer & Kepenek-Varo, 2019).

3.2.Ο χρόνιος πόνος ως κοινωνικό φαινόμενο

Ο πόνος και οι επακόλουθες συνέπειες του συχνά προκαλούν δυσάρεστες επιπτώσεις για τον ασθενή και την οικογένεια. Ο χρόνιος πόνος σε πολλές περιπτώσεις έχει συνδεθεί με μια σειρά από κοινωνικές συνέπειες. Ο πόνος είναι κάτι περισσότερο από ένα φυσικό φαινόμενο. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να συνεκτιμώνται οι ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές πτυχές αυτής της διαταραχής. Ενδεικτικά περιγράφεται ότι:

- Ο χρόνιος πόνος εμποδίζει την κανονική λειτουργία και την εκτέλεση των καθημερινών καθηκόντων του ατόμου.
- Ο χρόνιος πόνος οδηγεί στην απομείωση της κοινωνικής δραστηριότητας, καθώς ο ασθενής εστιάζει τις σκέψεις του στον πόνο και συνεχώς αναζητά την αιτία της ταλαιπωρίας του.
- Ο χρόνιος πόνος μπορεί να οδηγήσει σε ψυχική απομόνωση και κατάθλιψη, με αποτέλεσμα ο ασθενής να βιώνει μια αίσθηση δραματικά μειωμένης διαθεσιμότητας στο κοινωνικό περιβάλλον του.
- Ο χρόνιος πόνος μπορεί να προκαλέσει συγκρούσεις εντός της οικογένειας ή με το φιλικό περιβάλλον. Ο ασθενής μπορεί να βιώνει μια καταθλιπτική διάθεση που εκδηλώνεται με θλίψη, ευερεθιστότητα και εκρήξεις θυμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα συχνές συγκρούσεις με οικογένεια και φίλους, οδηγεί στη σταδιακή εξάλειψη της κοινωνικής ζωής, αποχή από κοινωνικές εκδηλώσεις, ψυχολογική απομόνωση και απόσυρση.
- Τα άτομα που βιώνουν χρόνια πόνο συχνά αναφέρουν διαταραχές στον ύπνο και όρεξη, μειωμένη λίμπιντο και σεξουαλική δραστηριότητα, ψυχοκινητική βαρύτητα και χαμηλότερο όριο πόνου. Η δυσκολία στον ύπνο περιγράφεται στην αδυναμία των ασθενών να βρουν μια άνετη θέση, στον ανήσυχο ύπνο και στην επακόλουθη κόπωση, και στη σωματική και ψυχική εξάντληση.
- Ο ασθενής που υποφέρει μπορεί να παρουσιάζει απώλεια της όρεξης και διαταραχές στο σωματικό βάρος. Μερικοί ασθενείς αισθάνονται υπερβολική λαχτάρα για φαγητό, η οποία σε συνδιασμό με τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα λόγω του πόνου, μπορεί να είναι η αιτία αύξησης του σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας.
- Οι περισσότεροι ασθενείς δυσκολεύονται στην εκτέλεση της εργασίας τους, απουσιάζουν συχνά από την δουλειά τους, βιώνουν επιπτώσεις στο βιοτικό επίπεδο και η θέση τους στην οικογένεια περιγράφεται παρωχημένη (Swieboda et al., 2013).

3.3.Ο χρόνιος πόνος ως ψυχοσωματικό φαινόμενο

Ένας αριθμός σημαντικών παραγόντων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην ψυχολογική αξιολόγηση των ατόμων με πόνο. Πρώτον είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η αίσθηση του πόνου είναι μια πολυπαραγοντική προσωπική εμπειρία που δεν μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά. Επειδή ο πόνος είναι μια υποκειμενική κατάσταση, η μέτρησή του μπορεί να βασίζεται μόνο σε αυτά που λέει και κάνει ο ασθενής ως απάντηση στον πόνο. Επίσης θεωρείται δεδομένο ότι μια σειρά από ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στον πόνο. Σε αυτούς περιλαμβάνονται στάσεις, πεποιθήσεις, πολιτισμικά πρότυπα, διάθεση, εστίαση της προσοχής, κίνητρα και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Για παράδειγμα, τα άτομα που είναι ανήσυχα ή καταθλιπτικά τείνουν να αναφέρουν πιο έντονο πόνο από εκείνα που βιώνουν ελάχιστη συναισθηματική δυσφορία. Αντίθετα, τα άτομα με πόνο που έχουν επαρκή ψυχολογική λειτουργία εκδηλώνουν μεγαλύτερη τάση να αγνοούν τον πόνο, να χρησιμοποιούν στρατηγικές αυτο-αντιμετώπισης και να χρησιμοποιούν πρακτικές απόσπασης της προσοχής από τον πόνο. Επειδή ο πόνος είναι μια πολύπλοκη, υποκειμενική εμπειρία, απαιτούνται πολλαπλές μετρήσεις του πόνου και της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας για την αξιόπιστη αξιολόγηση κάποιου με επίμονο πόνο (Jamison & Edwards, 2012).

Επίσης, είναι γενικά αδικαιολόγητο να θεωρηθεί ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι η αιτία του πόνου. Εάν υπάρχουν ανεπαρκή παθολογικά ευρήματα που να εξηγούν τον χρόνιο πόνο, αυτός ο πόνος ερμηνεύεται εσφαλμένα ως ψυχολογικό φαινόμενο. Ωστόσο, ο χρόνιος πόνος αποτελεί την αιτία για αντιδραστικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής. Σημαντικές παρεμβολές στη μνήμη, στον ύπνο, στην απασχόληση, στην κοινωνική λειτουργία και στις καθημερινές δραστηριότητες είναι συχνές. Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο συχνά αναφέρουν σεξουαλική δυσλειτουργία και μειωμένη ενέργεια. Οι ρόλοι της οικογένειας αλλάζουν και οι ανησυχίες για τους οικονομικούς περιορισμούς και τις μελλοντικές συνέπειες ενός περιορισμένου τρόπου ζωής επικρατούν. Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο συχνά παρουσιάζουν ιστορικό πολλαπλών ιατρικών εξετάσεων με ελάχιστα φυσικά ευρήματα και οι κλινικοί γιατροί μπαίνουν στον πειρασμό να συμπεράνουν, συχνά λανθασμένα, ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι η κύρια αιτία πόνου (Jamison & Edwards, 2012).

Οι προσπάθειες για αξιόπιστη διάκριση μεταξύ οργανικού και ψυχογενούς πόνου ήταν σε μεγάλο βαθμό ανεπιτυχείς. Οι περισσότεροι ειδικοί στον πόνο αναγνωρίζουν ότι ο χρόνιος πόνος είναι ένα διαδραστικό βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο με βιοϊατρικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές επιρροές. Οι ψυχολογικές αξιολογήσεις πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνουν την αξιολόγηση των αισθητηριακών, συναισθηματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών συστατικών της εμπειρίας πόνου και τον προσδιορισμό της προσωπικότητας και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της θεραπείας (Jamison, et al., 2011).

3.4.Εργαλεία για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής δεν είναι άμεσα μετρήσιμη και πρέπει να μεταφραστεί σε δείκτες και μεγέθη, που να έχουν μετρήσιμη αξία. Σήμερα, παρέχονται εκατοντάδες εργαλεία για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Πολλά από τα οποία έχουν αναπτυχθεί με βάση τα γενικά μέτρα που ισχύουν για τους περισσότερους ανθρώπους, ενώ άλλα έχουν αναπτυχθεί για άτομα με ειδικές κλινικές παθήσεις. (Cai et al., 2021).

Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια. Τα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής ταξινομούνται σε γενικά ή ειδικά για ασθένειες. Τα γενικά ερωτηματολόγια έχουν το πλεονέκτημα ότι ισχύουν για όλα τα άτομα και επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου, αποτελούν εργαλεία χάραξης των πολιτικών υγείας και κατανομής των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης. Τα γενικά ερωτηματολόγια επιτρέπουν τις συγκρίσεις σε παρεμβάσεις για ασθενείς με διαφορετικές ασθένειες, εντοπίζουν απροσδόκητα θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις μιας παρέμβασης και παρέχουν τη δυνατότητα ερμηνείας των παρεμβάσεων (Chen et al., 2005).

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται περισσότερο συχνά για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής είναι τα εξής:

- EuroQol (EQ-5D): μελετά τη φυσική, την κοινωνική και τη συναισθηματική – ψυχική διάσταση μέσα από πέντε τομείς (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων, πόνος - δυσφορία και άγχος – κατάθλιψη), οι οποίοι διαβαθμίζονται σε τρία επίπεδα (κανένα, μερικό και σημαντικό πρόβλημα).

- EuroQol(EQ-15D):προσομοιάζει με τη φιλοσοφία του (EQ-5D), με τη διαφορά ότι αναφέρεται σε 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής (κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα και σεξουαλική δραστηριότητα), που η κάθε μία αξιολογείται σε πέντε επίπεδα.
- Nottingham Health Profile (NHP): σκοπεύει στη σύντομη και περιεκτική περιγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών διαστάσεων της υγείας, μέσα από έξι διαστάσεις (ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και φυσική κινητικότητα) και επτά πεδία επιδόσεων που επηρεάζονται από την υγεία (φροντίδα οικίας, εργασία, κοινωνική, οικιακή και σεξουαλική ζωή, ενδιαφέροντα και αναψυχή).
- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire -GHQ): κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις. Στην απλή έκδοση, οι 28 ερωτήσεις αφορούν στην κατάθλιψη, στο άγχος, στην κοινωνική λειτουργία και στα σωματικά συμπτώματα. Χρησιμοποιείται τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και επιδεικνύει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Δημητρόπουλος και συν.,2013).

Τα ειδικά εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής αναφέρονται σε μια συγκεκριμένη ασθένεια (π.χ. άσθμα), σε μια ανατομική περιοχή (π.χ. το ισχίο), σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό (π.χ. ηλικιωμένοι), σε μια συγκεκριμένη λειτουργία (π.χ. ύπνος), ή σε μια διάσταση της ποιότητας ζωής (π.χ. πόνος) (Chen et al., 2005). Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale).
- Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης (Questionnaire on Social Support).
- Κλίμακα Κόπωσης (Fatigue Symptom Inventory).
- Ποιότητα Ζωής στην Ημικρανία (Migraine Specific Quality of Life -MSQOL).
- Επισκόπηση Υγείας Ασθενών με HIV (Medical Outcomes Study HIV Health Survey – MOS-HIV).
- Όργανο Μέτρησης της ποιότητας ζωής για την Ακράτεια Ούρων (Urinary Incontinence Specific Quality of Life Instrument – UISQOLI).

- Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής Ενηλίκων για το Άσθμα (Adult Asthma Quality of Life Questionnaire – AQLQ).
- Ποιότητα ζωής στο Τέλος της Ζωής (Quality of Life at the End of Life Measure – QUAL-E) (Δημητρόπουλος και συν.,2013).

3.5.Ευρήματα μελετών για την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο

Η μελέτη των Johansson και συνεργατών (2021) επιχειρεί να εκτιμήσει τον χρόνια πόνο ως παράγοντα επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής (QoL) σε έναν πληθυσμό ηλικιωμένων (75+, n = 825) στη Σουηδία. Η εκτίμηση του πόνου βασίστηκε σε ένα ερωτηματολόγιο, που περιελάμβανε την εκτίμηση του πόνου και της ποιότητας ζωής (EQ-5D-3L, RAND-36), την εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης, τα κοινωνικά δίκτυα και τις βασικές δημογραφικές πληροφορίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες βίωναν επώδυνες καταστάσεις για περισσότερο από 3 μήνες (88,8%). Από αυτούς ο πόνος περιγράφηκε ως περιστασιακός (33,8%) και ως συνεχής και καθημερινός (34,8%). Ως συχνότερες περιοχές εντόπισης του πόνου περιγράφηκαν το κάτω μέρος της πλάτης και τα πόδια (>25%). Η στατιστική ανάλυση αποκάλυψε ότι τρία χαρακτηριστικά του πόνου (ένταση, συχνότητα και έκταση) παρέμειναν αντιστρόφως συνδεδεμένα με το δείκτη ποιότητας ζωής.

Με βάση τα διεθνή δεδομένα, ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου εκτιμάται σε ποσοστό 25% στους εφήβους, ο οποίος σχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής, εκτεταμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και υπερβολική χρήση παυσίπων. Η παρούσα μελέτη των Godó και συνεργατών (2020), επιχείρησε την εκτίμηση του επιπολασμού και των πιθανών κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων κινδύνου του χρόνιου πόνου και της χρήσης φαρμάκων σε ένα δείγμα εφήβων. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε δείγμα 354 μαθητών. Οι έφηβοι απάντησαν σε ερωτηματολόγια σχετικά με δημογραφικές μεταβλητές, χαρακτηριστικά του χρόνιου πόνου, συχνότητα χρήσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και φαρμακευτικής αγωγής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 110 έφηβοι (31,1%) υπέφεραν από χρόνια πόνο. Ο πόνος στα άκρα ήταν ο πιο διαδεδομένος τύπος πόνου. Το 4,6% (n = 5) των παιδιών υπέφεραν από συνεχή πόνο. Ο επιπολασμός ήταν χαμηλότερος μεταξύ των αγοριών και

των νεότερων ατόμων. Η διαταραχή του ύπνου ήταν πιο συχνή στους εφήβους με χρόνια πόνο. Ο χρόνος από την έναρξη, η ένταση, ο επιπολασμός και η διάρκεια του πόνου συσχετίστηκαν με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το 78% (n = 276) του δείγματος ανέφερε ότι έλαβε αναλγητικά φάρμακα τους προηγούμενους 6 μήνες, ωστόσο, η τακτική χρήση φαρμάκων εκτιμήθηκε στο 48,3% (n = 171). Βρέθηκε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης των αναλγητικών φαρμάκων και της μεγαλύτερης ηλικίας, του γυναικείου φύλου και της παρουσίας χρόνιου πόνου. Η χρήση φαρμάκων κατά του πόνου μεταξύ των εφήβων με χρόνια πόνο ήταν σημαντικά υψηλότερη (n = 83,0, 75,5%). Τελικά φαίνεται ότι ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου, της χρήσης φαρμάκων και των επισκέψεων σε γιατρούς είναι σημαντικός μεταξύ των εφήβων. Το γεγονός αυτό συνιστά μια σημαντική πρόκληση για την υγειονομική περίθαλψη με μακροπρόθεσμες συνέπειες μέχρι την ενηλικίωση (Godó et al., 2020).

Η μελέτη των Hadí και συνεργατών (2019) επιχειρεί να αξιολογήσει και να διερευνήσει την επίδραση του χρόνιου πόνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών (QoL) χρησιμοποιώντας ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα, αντίστοιχα. Για τις ανάγκες της μελέτης η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα Short-Form 36 έκδοση 2. Τα δεδομένα της ποιότητας ζωής εξήχθησαν με τη χρήση του Third Oxford and Lifestyles Survey and Welsh Health Survey για να καταστεί δυνατή η σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο με αυτή του γενικού πληθυσμού. Οι ποιοτικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν πρόσωπο με πρόσωπο χρησιμοποιώντας έναν ημιδομημένο θεματικό οδηγό. Στη μελέτη συμμετείχαν 79 ασθενείς. Η μέση ηλικία ήταν 46,5 έτη. Ο χρόνιος πόνος εντοπιζόταν συχνότερα στο κάτω μέρος της πλάτης (54, 68,3%) και στα κάτω άκρα. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό και τους ασθενείς με μακροχρόνιες παθήσεις, οι ασθενείς με χρόνια πόνο είχαν σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής σε όλους τους τομείς του SF-36. Η ποιότητα ζωής αφορούσε 6 τομείς: σωματική λειτουργία, επαγγελματική ζωή, σχέσεις και οικογενειακή ζωή, κοινωνική ζωή, ύπνος και διάθεση. Φαίνεται ότι η πολυδιάστατη αρνητική επίδραση του χρόνιου πόνου οδηγεί σε φτωχότερη ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών με χρόνια πόνο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό και με ασθενείς με άλλες μακροχρόνιες παθήσεις.

Η χρόνια οσφυαλγία σχετίζεται με σημαντική επιβάρυνση της ποιότητας ζωής. Η μελέτη των Husky και συνεργατών (2018) πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία (n = 17.249)

χρησιμοποιώντας τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Η ηλικία του δείγματος κυμαίνεται από 18 έως 98 ετών, με μέσο όρο τα 46,39 έτη και το 56,7% ήταν γυναίκες. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τόσο τις σωματικές όσο και τις νοητικές βαθμολογίες της κλίμακας SF-36. Συνολικά, το 38,3% των ενηλίκων ανέφερε χρόνια οσφυαλγία. Το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, η χαμηλότερη εκπαίδευση και η χειρωνακτική εργασία συσχετίστηκαν σημαντικά με την κατανομή της χρόνιας οσφυαλγίας. Ο χρόνιος πόνος συσχετίστηκε με χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις μέσες βαθμολογίες της κλίμακας SF-36. Η μελέτη αυτή αναδεικνύει την επιβάρυνση της χρόνιας οσφυαλγίας στο γενικό πληθυσμό και υπογραμμίζει τη συσχέτισή της με την ποιότητα ζωής. Τέτοια δεδομένα συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση των κλινικών γιατρών και των υπευθύνων χάραξης των πολιτικών υγείας σχετικά με την αναγκαιότητα πολιτικών πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, σωστής διαχείρισης και αποκατάστασης, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η επιβάρυνση που σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο.

Η μελέτη των Cox-Martin και συνεργατών (2020) υπολόγισε τον επιπολασμό του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο σε άτομα με καρκίνο σε ηλικία εργασίας (ηλικία 25-64 ετών) και αξιολόγησε τις διαφορές στις δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές. Επίσης ερευνήθηκε η επίδραση του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL). Για το σκοπό της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το Behavioral Risk Factor Surveillance System 2016 (BRFSS). Το δείγμα αποτέλεσαν 1702 επιζώντες από καρκίνο που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 17% των επιζώντων από καρκίνο σε ηλικία εργασίας βίωσε πόνο που σχετίζεται με τον καρκίνο. Η πλειονότητα αυτών των ατόμων ήταν γυναίκες, λευκές, μη Ισπανόφωνες, με κοινό νόσημα τον καρκίνο του μαστού. Από την έρευνα αυτή φαίνεται ότι ο χρόνιος πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο είναι μια διαδεδομένη, μακροχρόνια κατάσταση που σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής και την απασχόληση σε άτομα που επιβιώνουν από καρκίνο σε ηλικία εργασίας.

Τα προβλήματα ύπνου είναι πολύ συχνά σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Ο στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθεί τη συσχέτιση μεταξύ των διαφορετικών διαστάσεων του χρόνιου πόνου και της ποιότητας του ύπνου σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Σε αυτή τη συγχρονική μελέτη ζητήθηκε να συμμετάσχουν ασθενείς από 3 διαφορετικά κέντρα θεραπείας πόνου στη Βιέννη, ηλικίας 18-65 ετών, με πόνο διάρκειας 3 μηνών ή

περισσότερο. Αξιολογήθηκε η συσχέτιση μεταξύ του ερωτηματολογίου πόνου McGill (SF-MPQ) και της ποιότητας του ύπνου (λανθάνουσα έναρξη ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος λόγω πόνου, διάρκεια ύπνου και δυσκολίες ανάκτησης του ύπνου). Στη μελέτη εντάχθηκαν 121 ασθενείς (άρρενες 32, γυναίκες 89, μέση ηλικία 49 ± 9 έτη). Από τους ασθενείς το 38,8% ανέφερε ότι χρειαζόταν περισσότερα από 30 λεπτά για να αποκοιμηθεί, το 63,6% ανέφερε κατακερματισμό του ύπνου, το 30,6% κοιμόταν λιγότερο από 5 ώρες και το 60,3% ανέφερε ότι δεν βίωνε ξεκούραση ακόμα και μετά τον ύπνο. Οι αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης αποκάλυψαν ότι η υψηλότερη συνολική βαθμολογία του SF-MPQ συσχετίστηκε με αυξημένες διαταραχές του ύπνου. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της προσοχής στην ποιότητα του ύπνου σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να μεσολαβούν στη συσχέτιση μεταξύ του πόνου και της ποιότητας του ύπνου (Keilani et al., 2018).

Οι ατομικές διαφορές στη συναισθηματική λειτουργία, στην επεξεργασία της εκτίμησης του πόνου και στην αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην υποκειμενική εμπειρία του πόνου. Η παρούσα μελέτη εξέτασε την ένταση του πόνου, τη συναισθηματική λειτουργία (ψυχολογική δυσφορία και αλεξιθυμία), την εκτίμηση του πόνου (πεποιθήσεις για τον πόνο και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που σχετίζονται με τον πόνο), την κοινωνική υποστήριξη και τις σχέσεις τους με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συλλέχθηκαν δεδομένα από 108 γυναίκες ασθενείς με διάγνωση ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν ότι η ένταση του πόνου, η αλεξιθυμία, οι δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις σχετικά με τη σταθερότητα του πόνου και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου αποτελούν παράγοντες επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής για περισσότερες από τις μισές ερωτώμενες (54%). Τα παρόντα ευρήματα παρέχουν στοιχεία σχετικά με τη σημασία της συναισθηματικής λειτουργίας και της εκτίμησης του πόνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Αυτά τα ευρήματα παρέχουν πρόσθετα στοιχεία για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του χρόνιου πόνου, υποστηρίζοντας περαιτέρω τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθηματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών διαδικασιών σε ασθενείς με χρόνια πόνο (Larice et al., 2020).

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα πρόβλημα υγείας που επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των ασθενών, προκαλώντας λειτουργικές, κοινωνικές, κοινωνικοοικονομικές και συναισθηματικές αλλαγές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (QoL). Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις μεταβλητές (π.χ. ψυχολογική νοσηρότητα, αναπαραστάσεις ασθένειας, πόνος και αντιμετώπιση) που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής. Για τους σκοπούς της μελέτης 103 ασθενείς με χρόνια πόνο συμπλήρωσαν ένα κοινωνικοδημογραφικό και κλινικό ερωτηματολόγιο και τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία: Brief Illness Perception Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Chronic Pain Coping Inventory, Short Form Health Survey και Brief Pain Inventory. Τα αποτελέσματά έδειξαν ότι η αντιμετώπιση του πόνου εστιασμένη στην ευεξία και η επαγγελματική δραστηριότητα συνδέθηκαν με καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι γνωστικές αναπαραστάσεις και η αντιμετώπιση με επίκεντρο την ασθένεια συνέβαλαν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε σωματικό επίπεδο. Ωστόσο η ψυχική νοσηρότητα συνέβαλε στην επιβάρυνση της ποιότητας ζωής σε ψυχολογικό επίπεδο. Δεδομένου ότι η ψυχική νοσηρότητα σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής, είναι εξαιρετικά σημαντικό να αξιολογηθούν και να προωθηθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης πόνου, που εστιάζονται στην ευημερία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν τη συνάφεια μιας πολυεπιστημονικής προσέγγισης για τον χρόνια πόνο και την ανάγκη να ληφθούν υπόψη η ψυχική νοσηρότητα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης, με προγράμματα παρέμβασης για την προώθηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια πόνο (Pereira et al., 2021).

Η μελέτη των Nunes-Reis και συνεργατών (2020) αξιολόγησε τη θρησκευτικότητα και τη συσχέτισή της με την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και την ένταση του πυελικού πόνου σε γυναίκες με χρόνια πυελικό πόνο. Για το σκοπό αυτό διεξήχθη συγχρονική μελέτη σε δείγμα 100 γυναικών με χρόνια πυελικό πόνο. Η θρησκευτικότητα διερευνήθηκε χρησιμοποιώντας τον Δείκτη Θρησκευτικότητας του Πανεπιστημίου Duke. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τη συντομευμένη έκδοση του οργάνου ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η κατάθλιψη και το άγχος αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale, ενώ η ένταση του πόνου αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας μια οπτική αναλογική κλίμακα. Σχεδόν οι μισές συμμετέχουσες παρακολουθούσαν θρησκευτικές εκδηλώσεις τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και το 62% προσευχόταν, διαλογιζόταν ή μελετούσε τη Βίβλο τουλάχιστον μία

φορά την ημέρα. Δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ θρησκευτικότητας και άγχους ή κατάθλιψης. Η βαθμολογία της εγγενούς θρησκευτικότητας ήταν χαμηλότερη για τις γυναίκες με μικτή αγχώδη-καταθλιπτική διαταραχή σε σύγκριση με εκείνες χωρίς μικτή αγχώδη-καταθλιπτική διαταραχή. Υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ της εγγενούς θρησκευτικότητας και του τομέα της ψυχικής υγείας του εργαλείου ποιότητας ζωής. Δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της θρησκευτικότητας και της έντασης του πόνου. Οι γυναίκες με χρόνια πυελικό πόνο ήταν έντονα θρησκευόμενες. Οι γυναίκες με μικτή αγχώδη-καταθλιπτική διαταραχή είχαν χαμηλότερα επίπεδα ενδογενούς θρησκευτικότητας. Από την άλλη πλευρά, η εγγενής θρησκευτικότητα συσχετίστηκε θετικά με την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με χρόνια πυελικό πόνο. Η θρησκευτικότητα δεν συσχετίστηκε με την ένταση του πυελικού πόνου. Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη θρησκευτικότητα όταν αντιμετωπίζουν γυναίκες με χρόνια πυελικό πόνο.

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί έναν από τους πιο συνηθισμένους λόγους για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας και μπορεί ακόμη και να οδηγήσει σε αναπηρία. Ο χρόνιος πόνος έχει συσχετιστεί με την κατάθλιψη και την επιδείνωση της ποιότητας ζωής. Σκοπός της μελέτης των Rapti και συνεργατών (2019) ήταν να σκιαγραφήσει την επιβάρυνση του χρόνιου πόνου στο πλαίσιο ενός περιβάλλοντος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα και να διερευνήσει τη συσχέτισή του με την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής. Για το λόγο αυτό μια συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 200 άτομα που επισκέφθηκαν περιφερειακό ιατρικό κέντρο. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιελάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, κοινωνικό και ιατρικό ιστορικό, παρουσία και χαρακτηριστικά του χρόνιου πόνου και συμπλήρωση τριών ερωτηματολογίων για την εκτίμηση του πόνου (BPI- short form), τη διερεύνηση της κατάθλιψης (PHQ -9) και την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (EuroQ-5D). Το 56,8% των συμμετεχόντων (62% ήταν γυναίκες), ανέφερε χρόνια πόνο. Ο οσφυϊκός πόνος ήταν ο πιο κοινός. Με βάση το ερωτηματολόγιο που δόθηκε, ανιχνεύθηκε κατάθλιψη στο 22,5% των συμμετεχόντων που ισχυρίστηκαν χρόνια πόνο. Οι αναλύσεις παλινδρόμησης αποκάλυψαν ότι οι γυναίκες και οι ερωτηθέντες με χρόνιες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα πόνου και υπέφεραν από πόνο που είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ο χρόνιος πόνος, όπως έχει μελετηθεί σε αυτό το πλαίσιο ΠΦΥ, είναι ένα κοινό πρόβλημα υγείας. Τα άτομα που είχαν

βιώσει χρόνιο πόνο και κατάθλιψη είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Η μελέτη του Majlesi (2019) επιχειρεί να προσδιορίσει το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο διάρκειας 3-6 μηνών που δεν έχουν διαγνωστεί ή αντιμετωπιστεί στο παρελθόν. Θεωρείται δεδομένο ότι οι ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο διάρκειας μεγαλύτερης των 6 μηνών έχουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής και σωματικής δραστηριότητας. Αυτή η μελέτη αξιολόγησε τα επίπεδα ποιότητας ζωής και σωματικής δραστηριότητας στο αρχικό στάδιο του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου. Επιλέχθηκαν 85 ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο διάρκειας 3-6 μηνών, που δεν είχαν διαγνωσθεί πριν, ηλικίας 14 ετών και άνω, και από οποιοδήποτε φύλο. Για το σκοπό της έρευνας συμπληρώθηκαν οι κλίμακες Short Form-36 Health Survey και International Physical Activity Questionnaire. Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 85 ασθενείς με ηλικιακό εύρος 15-86 ετών ($51,22 \pm 15,99$), 23 άνδρες (27,06%) και 62 (72,94%) γυναίκες. Η πλειονότητα των ασθενών είχε χαμηλές βαθμολογίες τόσο στις υποκλίμακες Short Form-36 Health Survey όσο και στο International Physical Activity Questionnaire. Από αυτούς, 49 ασθενείς είχαν χαμηλό, 32 ασθενείς μέτριο και 4 ασθενείς είχαν υψηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Συνολικά, οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι γυναίκες ασθενείς είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες στις σχετικές κλίμακες. Φαίνεται ότι οι ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο διάρκειας 3-6 μηνών έχουν χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και χαμηλή σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής κατά τη στιγμή της πρώτης αξιολόγησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα πρόβλημα υγείας που επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των ασθενών, προκαλώντας λειτουργικές, κοινωνικές, κοινωνικοοικονομικές και συναισθηματικές αλλαγές, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Χωρίς αμφιβολία η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του χρόνιου πόνου ορίζεται από την σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθηματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών παραμέτρων σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν σαφώς ότι ο χρόνιος πόνος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής σε κάθε επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας: σωματική λειτουργία, επαγγελματική ζωή, σχέσεις και οικογενειακή ζωή, κοινωνική ζωή, ύπνος και διάθεση.

Με αυτό το σκεπτικό ο χρόνιος πόνος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια μοναδική νοσολογική οντότητα. Ο χρόνιος πόνος απαιτεί μια πολυεπιστημονική προσέγγιση και ένα εξειδικευμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση ο στόχος πρέπει να είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η βελτίωση της καθημερινότητας και της λειτουργικότητας του ατόμου, ως αποδεικτικά στοιχεία βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, από την πρωτοβάθμια φροντίδα ως τη εξειδικευμένη φροντίδα, η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και των υπευθύνων χάραξης των πολιτικών υγείας σχετικά με την αναγκαιότητα πολιτικών πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, σωστής διαχείρισης και αποκατάστασης, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η επιβάρυνση που σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη βιβλιογραφία

1. Aghaei, A., Khayyamnekouei, Z., Yousefy, A. (2013). General Health Prediction Based on Life Orientation, Quality of Life, Life Satisfaction and Age. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84:569-573.
2. Anitescu, M., Benzon, HT., Argoff, CE. (2013). Advances in topical analgesics. *Curr Opin Anaesthesiol.*,26(5):555-61.
3. Atisook, R., Euasobhon, P., Saengsanon, A., Jensen, MP. (2021). Validity and Utility of Four Pain Intensity Measures for Use in International Research. *J Pain Res.*,14:1129-1139.
4. Bartley E.J., Fillingim R.B. (2013). Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth.*, 111:52–58.
5. Benoliel, R., Eliav, E., Sharav, Y. (2010). Classification of chronic orofacial pain: applicability of chronic headache criteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, 110:729–37.
6. Booth, J., Moseley, GL., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M., Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*, 15(4):413-421.
7. Bouhassira, D. (2019). Neuropathic pain: Definition, assessment and epidemiology. *Revue Neurologique*, 175(1–2):16-25.
8. Braune, S., Küpper, JH., Jung, F. (2020). Effect of Prostanoids on Human Platelet Function: An Overview. *Int J Mol Sci.*, 21(23):9020.
9. Bushnell, M., Frangos, E., Madian, E. (2021). Non-pharmacological Treatment of Pain: Grand Challenge and Future Opportunities. *Front. Pain Res.*, 2:696783.
10. Cai, T., Verze, P., Bjerklund Johansen, T. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro J. Urol.*, 1:14–22.
11. Campbell, J. N., & Meyer, R. A. (2006). Mechanisms of neuropathic pain. *Neuron*, 52(1), 77–92.
12. Cheatle, M. D., & Barker, C. (2014). Improving opioid prescription practices and reducing patient risk in the primary care setting. *Journal of pain research*, 7, 301.

13. Chen, T. H., Li, L., Kochen, M. M. (2005). A systematic review: how to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice?. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 6(9):936–940.
14. Cherny, N.I. , Baselga, J. , de Conno, F. , Radbruch, L. (2010). Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe – a report from ESMO and EAPC opioid policy initiative. *Ann Oncol.*, 21:615–626.
15. Chou, R., Fanciullo, GJ., Fine, PG., Miaskowski, C., Passik, SD., Portenoy, RK. (2009). Opioids for chronic noncancer pain: prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain*, 10(2):131-46.
16. Cleeland, C. (2006). The Measurement of Pain from Metastatic Bone Disease: Capturing the Patient's Experience. *Clin Cancer Res*, 15 (20Suppl):6236s-6242s.
17. Cline, AE., Turrentine, JE. (2016). Compounded Topical Analgesics for Chronic Pain. *Dermatitis*, 27(5):263-71
18. Colloca, L., Ludman, T., Bouhassira, D., Baron, R., Dickenson, A. H., Yarnitsky, D., Freeman, R., Truini, A., Attal, N., Finnerup, N. B., Eccleston, C., Kalso, E., Bennett, D. L., Dworkin, R. H., & Raja, S. N. (2017). Neuropathic pain. *Nature reviews. Disease primers*, 3, 17002.
19. Cooney, M., Sullivan, D., Pasero, C. (2017). Chronic Pain. In Ackley, B., Gail, L., Beth Flynn, M., (Eds.), *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. Eleventh edition. Elsevier.
20. Cox-Martin, E., Anderson-Mellies, A., Borges, V., Bradley, C. (2020). Chronic pain, health-related quality of life, and employment in working-age cancer survivors. *J Cancer Surviv.*, 14(2):179-187.
21. Dansie, EJ., Turk, DC. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1):19–25.
22. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. (1998). The WHOQOL Group. *Psychol Med.*, 28(3):551-8.
23. Dharmshaktu, P., Tayal, V., Kalra, BS. (2012). Efficacy of antidepressants as analgesics: a review. *J Clin Pharmacol.* 52(1):6-17.
24. Dubin, A. E., & Patapoutian, A. (2010). Nociceptors: the sensors of the pain pathway. *The Journal of clinical investigation*, 120(11):3760–3772.

25. Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of pain research*, 9:457–467.
26. Epstein, J., Mungall, D., & Beilin, Y. (2011). Pain scales. In D. Reich (Author) & R. Kahn, A. Mittnacht, A. Leibowitz, M. Stone, & J. Eisenkraft (Eds.), *Monitoring in Anesthesia and Perioperative Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
27. Fayaz, A., Croft, P., Langford, RM., Donaldson, LJ., Jones, GT. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, 6(6):e010364.
28. Fillingim, B. (2017). Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*, 158 Suppl 1(Suppl 1), S11–S18.
29. Fillingim, R., Loeser, J., Baron R., Edwards, R. (2017). Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *The Journal of Pain*, 17(9)(September), Suppl. 2:T10-T20.
30. Fornasari, D. (2017). Pharmacotherapy for Neuropathic Pain: A Review. *Pain and therapy*, 6(Suppl 1), 25–33.
31. Gatchel, RJ., Peng, YB., Peters, ML., Fuchs, PN., Turk, DC. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.*, 133(4):581–624.
32. Gilron, I., Baron, R., Jensen, T. (2015). Neuropathic pain: principles of diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc.*, 90(4):532–545.
33. Gilson, A.M., Maurer, M.A., Ryan, K.M., Skemp-Brown, M., Husain, A., Cleary, J. (2011). Ensuring patient access to essential medicines while minimising harmful use: A revised World Health Organization tool to improve national drug control policy. *J Pain Palliat Care Pharmacother.*, 25:246–251.
34. Gleason, KM, Groszek, JM, Sullivan, C, Rooney, D, Barnard, C, Noskin, GA. (2014). Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm*, 61(16):1689-95.
35. Gobina, I., Villberg, J., Välimaa, R. (2019). Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: evidence from 42 countries and regions. *Eur J Pain*, 23:316–326.

36. Godó, K., Major, J., Gyimesi-Szikszai, A., Ádám, S. (2020). Potential risk factors and consequences of chronic pain among Hungarian adolescents. *Orv Hetil.*, 161(13):502-509.
37. Gupta, N., Naegeli, N., Turner-Bowker, M., Flood, E., Mays, S., Dampier, C. (2016). Cognitive Testing of an Electronic Version of the Faces Pain Scale-Revised with Pediatric and Adolescent Sickle Cell Patients. *Patient*, 9:433–443.
38. Guthrie, B., Payne, K., Alderson, P., McMurdo, M.E., Mercer, S.W. (2012). Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*, 345:5.
39. Hadi, M. A., McHugh, G. A., Closs, S. J. (2019). Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *Journal of patient experience*, 6(2): 133–141.
40. Haefeli, M., Elfering, A. (2006). Pain assessment. European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. *Eur Spine J.*, Suppl 1(Suppl 1):S17–S24.
41. Haroutiunian, S., Nikolajsen, L., Finnerup, NB., Jensen, TS. (2013). The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *PAIN*, 154:95–102.
42. Hurley, RW., Adams, MCB., Barad, M., Bhaskar, A., Bhatia, A., Chadwick, A., Deer, TR., Hah, J., Hooten, WM., Kisson, NR., Lee, DW., McCormick, Z., Moon, JY., Narouze, S., Provenzano, DA., Schneider, BJ.v(2021). Consensus practice guidelines on interventions for cervical spine (facet) joint pain from a multispecialty international working group. *Pain Med.*,22(11):2443-2524.
43. Husky, MM., Ferdous-Farin, F., Compagnone, P., Fermanian, C., Kovess-Masfety, V. (2018). Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health Qual Life Outcomes*, 26;16(1):195.
44. IASP. (1979). IASP pain terms—1979. *Pain*, 6:247–52.
45. Institute of Medicine. (2011). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington, DC: The National Academies Press.
46. Jamison, N., Edwards, R. (2012). Integrating pain management in clinical practice. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 19(1):49–64.

47. Jamison, R. N., Washington, T. A., Gulur, P., Fanciullo, G. J., Arscott, J. R., McHugo, G. J., & Baird, J. C. (2011). Reliability of a preliminary 3-D pain mapping program. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 12(3):344–351.
48. Janevic, MR., McLaughlin, SJ., Heapy, AA., Thacker, C., Piette, JD. (2017). Racial and Socioeconomic Disparities in Disabling Chronic Pain: Findings From the Health and Retirement Study. *J Pain*, 18(12):1459-1467.
49. Jensen, TS., Baron, R., Haanpää, M., Kalso, E., Loeser, JD., Rice, AS., Treede, RD. (2011). A new definition of neuropathic pain. *PAIN*, 152:2204–5.
50. Jensen, TS., Baron, R., Haanpää, M., Kalso, E., Loeser, JD., Rice, ASC., Treede, RD. (2011). A new definition of neuropathic pain. *Pain*,152(10):2204-2205.
51. Johansson, M.M., Barbero, M., Peolsson, A., Falla, D., Cescon, C., Folli, A., Dong, H.J. (2021). Pain Characteristics and Quality of Life in Older People at High Risk of Future Hospitalization. *Int. J. Environ. Res. Public Health.*, 18, 958.
52. Johnson, M. I. (2019). The Landscape of Chronic Pain: Broader Perspectives. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(5):182.
53. Johnson, M. I. (2021). Resolving Long-Standing Uncertainty about the Clinical Efficacy of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) to Relieve Pain: A Comprehensive Review of Factors Influencing Outcome. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(4):378.
54. Kapur, BM., Lala, PK., Shaw, JL. (2014). Pharmacogenetics of chronic pain management. *Clin Biochem.*,47(13-14):1169-87.
55. Keilani, M., Crevenna, R., Dorner, TE. (2018). Sleep quality in subjects suffering from chronic pain. *Wien Klin Wochenschr.*, 130(1-2):31-36.
56. Kirkpatrick, D. R., McEntire, D. M., Hambsch, Z. J., Kerfeld, M. J., Smith, T. A., Reisbig, M. D., Youngblood, C. F., Agrawal, D. K. (2015). Therapeutic Basis of Clinical Pain Modulation. *Clinical And Translational Science*, 8(6):848–856.
57. Kroenke, K., Krebs, EE., Wu, J., Yu, Z., Chumbler, NR., Bair, MJ. (2014). Telecare collaborative management of chronic pain in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA*, 312(3):240-8.
58. Kulin, J., Reaston, M. (2011). Musculoskeletal disorders early diagnosis: A retrospective study in the occupational medicine setting. *J Occup Med Toxicol.*, 5;6(1):1.

59. Larice, S., Ghiggia, A., Di Tella, M., Romeo, A., Gasparetto, E., Fusaro, E., Castelli, L., Tesio, V. (2020). Pain appraisal and quality of life in 108 outpatients with rheumatoid arthritis. *Scand J Psychol.*, 61(2):271-280.
60. Lee, C., Straus, WL., Balshaw, R., Barlas, S., Vogel, S., Schnitzer, TJ. (2004). A comparison of the efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory agents versus acetaminophen in the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis. *Arthritis Rheum.*,51(5):746–754.
61. MacPherson, H., Vertosick, E. A., Foster, N. E., Lewith, G., Linde, K., Sherman, K. J., Witt, C. M., Vickers, A. J., Acupuncture Trialists' Collaboration (2017). The persistence of the effects of acupuncture after a course of treatment: a meta-analysis of patients with chronic pain. *Pain*, 158(5):784–793.
62. Majlesi, J. (2019). Patients with Chronic Musculoskeletal Pain of 3-6-Month Duration Already Have Low Levels of Health-Related Quality of Life and Physical Activity. *Curr Pain Headache Rep.*, 23(11):81.
63. Marchand, S. (2008). The Physiology of Pain Mechanisms: From the Periphery to the Brain. *Rheum Dis Clin N Am.*, 34:285–309.
64. McCaffery, M., Herr, K., & Pasero, C. (2011). Assessment. In C. Pasero & M. McCaffery (Eds.), *Pain assessment and pharmacologic management*. St Louis: Mosby Elsevier.
65. Mills, S., Nicolson, P., & Smith, H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2): e273–e283.
66. Mogil, JS. (2012). Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *NatRevNeurosci.*, 13(12):859–866.
67. Ngamkham, S., Vincent, C., Finnegan, L., Holden, J. E., Wang, Z. J., & Wilkie, D. J. (2012). The McGill Pain Questionnaire as a multidimensional measure in people with cancer: an integrative review. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 13(1):27–51.
68. Nunes-Reis, AR., Da Luz, RA., de Deus, JM., Martinez, EZ., Conde, DM. (2020). Association of religiosity with mental health and quality of life in women with chronic pelvic pain. *Int J Psychiatry Med.*, 55(6):408-420.

69. Obata, H. (2017). Analgesic Mechanisms of Antidepressants for Neuropathic Pain. *International Journal Of Molecular Sciences*, 18(11):2483.
70. O'Brien, T., Christrup, L. L., Drewes, A. M., Fallon, M. T., Kress, H. G., McQuay, H. J., Mikus, G., Morlion, B. J., Perez-Cajaraville, J., Pogatzki-Zahn, E., Varrassi, G., & Wells, J. C. (2017). European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. *European Journal Of Pain (London, England)*, 21(1):3–19.
71. Ossipov, M. (2012). The Perception and Endogenous Modulation of Pain. *Scientifica*, 561761:1-25.
72. Pathan, H., & Williams, J. (2012). Basic opioid pharmacology: an update. *British Journal Of Pain*, 6(1):11–16.
73. Pereira, MG., Carvalho, C., Costa, ECV., Leite, Â., Almeida, V. (2021). Quality of life in chronic pain patients: Illness- and wellness-focused coping as moderators. *Psych J.*, 10(2):283-294.
74. Poquet, N., Lin, C. (2016). The Brief Pain Inventory (BPI). *J Physiother*, 62(1):52.
75. Post, M.W.M. (2014). Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Top. Spinal Cord Inj. Rehabil.*, 20(1):167–180.
76. Raffaelli, W., Tenti, M., Corrado, A., Malafoglia, V., Ilari, S., Balzani, E., & Bonci, A. (2021). Chronic Pain: What Does It Mean? A Review on the Use of the Term Chronic Pain in Clinical Practice. *Journal Of Pain Research*, 14:827–835.
77. Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9): 1976–1982.
78. Rapti, E., Damigos, D., Apostolara, P., Roka, V., Tzavara, C., Lionis, C. (2019). Patients with chronic pain: evaluating depression and their quality of life in a single center study in Greece. *BMC Psychol.*, 21;7(1):86.
79. Ren, K., Dubner, R. (2009). Descending control mechanisms, in *Science of Pain*, A. I. Basbaum and M. C. Bushnell, Eds., Elsevier, Amsterdam, The Netherlands.
80. Riley, J. L., 3rd, Cruz-Almeida, Y., Glover, T. L., King, C. D., Goodin, B. R., Sibille, K. T., Bartley, E. J., Herbert, M. S., Sotolongo, A., Fessler, B. J., Redden, D. T., Staud,

- R., Bradley, L. A., & Fillingim, R. B. (2014). Age and race effects on pain sensitivity and modulation among middle-aged and older adults. *The Journal of Pain*, 15(3):272–282.
81. Sarzi-Puttini, P., Atzeni, F., Lanata, L., Bagnasco, M. (2013). Efficacy of ketoprofen vs. ibuprofen and diclofenac: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Clin Exp Rheumatol.*, 31:731–8.
82. Schofield P. (2018). The assessment of pain in older people: UK National Guidelines. *Age Ageing*, 47:i1–i22.
83. Schwan, J., Sclafani, J., & Tawfik, V. L. (2019). Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiology clinics*, 37(3):547–560.
84. Schwartz, ES., Gebhart, GF. (2014). Visceral Pain. *Curr Top Behav Neurosci.*, 20:171–97.
85. Sendlbeck, M., Araujo, EG., Schett, G., Englbrecht, M. (2015). Psychometric properties of three single-item pain scales in patients with rheumatoid arthritis seen during routine clinical care: a comparative perspective on construct validity, reproducibility and internal responsiveness. *RMD Open*, 1(1):e000140.
86. Sidhu, H. S., & Sadhotra, A. (2016). Current Status of the New Antiepileptic Drugs in Chronic Pain. *Frontiers in pharmacology*, 7, 276.
87. Soyuer, F., Kepenek-Varol, B. (2019). Quality of life and pain. *Int J Fam Commun Med.*, 3(2):110–114.
88. Stein, SL. (2013). Chronic pelvic pain. *Gastroenterol Clin North Am.*, 42:785–800.
89. Swieboda, P., Filip, R., Prystupa, A., Drozd, M. (2013). Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Ann Agric Environ Med.*, Spec no. 1:2-7.
90. Thorn, B.E. (2020). Ronald Melzack Award Lecture: Putting the brain to work in cognitive behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 161 Suppl 1(Suppl 1):S27–S35.
91. Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6):1003–1007.
92. Turk, D. C., Wilson, H. D., Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*, 377, 2226–2235.

93. Turk, DC., Robinson, JP. (2011). Assessment of patients with chronic pain-a comprehensive approach. In: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of Pain Assessment*, 3rd Edn. New York, NY: Guilford Press:188 – 210.
94. Varrassi, G., Alon, E., Bagnasco, M., Lanata, L., Mayoral-Rojals, V., Paladini, A., Pergolizzi, J., Perrot, S., Scarpignato, C., Töll, T. (2019). Towards an Effective and Safe Treatment of Inflammatory Pain: A Delphi-Guided Expert Consensus. *Adv Ther.*, 36, 2618–2637.
95. Williamson, A. (2019). What is hypnosis and how might it work?. *Palliative care*, 12, 1178224219826581.
96. Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3 Suppl), S2–S15.
97. Yam, M. F., Loh, Y. C., Tan, C. S., Khadijah Adam, S., Abdul Manan, N., & Basir, R. (2018). General Pathways of Pain Sensation and the Major Neurotransmitters Involved in Pain Regulation. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(8):2164.
98. Younger, J., McCue, R., & Mackey, S. (2009). Pain outcomes: a brief review of instruments and techniques. *Current pain and headache reports*, 13(1):39–43.

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., Αλεξιάς, Γ. (2013). Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη. *Respiratory and Internal Medicine*, 2(3):23-34.
2. Πιερράκος, Γ., Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Νικολαδός, Γ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Βουρλιώτου, Κ., Σαρρής, Μ. (2013). Αξιολόγηση της Λειτουργίας των Ιατρικών Πόνου του ΕΣΥ. *Νοσηλευτική*, 52 (1): 81-92.
3. Στάικου, Χ., Υφαντίδης, Φ., Λογοθέτη, Ε., Μασούρου, Ζ., Σιαφάκα, Ι. (2019). Τι γνωρίζουν για τα Ιατρεία Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς-Έρευνα με χρήση ερωτηματολογίων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(6):810-820.