

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**"ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΠΙΣΤΕΥΩ ΣΤΗΝ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ"**



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΚΑΒΕΛΑΚΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΜΙΤΣΟΥΛΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΠΕΓΚΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις μέρες μας η λέξη πόνος έχει πολλές διαστάσεις και κατά καιρούς χρησιμοποιείται για να εκφράσει αρνητικό συναίσθημα που προκαλείται από κάποιο φυσικό ερέθισμα. Η ύπαρξη του πόνου ταυτίζεται με το συναίσθημα της ασθένειας ,ενώ πολλές φορές η απουσία του θεωρείται σαν η απόλυτη ένδειξη υγείας. Σύμφωνα με την θεωρία του πόνου ,η αίσθηση του πόνου αν και είναι δυσάρεστη θεωρείται απαραίτητη.

Ο πόνος είναι ίσως το πιο ανθρώπινο ,ταυτόχρονα το πιο επώδυνο συναίσθημα του ατόμου. Άπειρες προσπάθειες της ανθρώπινης διάνοησης έχουν ασχοληθεί με την καταπολέμηση του, ωστόσο λόγω της πολυπλοκότητας δημιουργίας του διατηρεί αρκετές σκοτεινές πλευρές. Ο πόνος υπόκεινται σε συναισθηματική επεξεργασία και διαφέρει από άτομο σε άτομο γι' αυτό θεωρείται ένα καθαρά υποκειμενικό συναίσθημα. Προσπαθώντας να κάνουμε ένα διαχωρισμό στην πρόκληση του πόνου διαπιστώνουμε ότι μπορούν να συντελέσουν διάφοροι παράγοντες ενώ το επίπεδο βίωσης του διαχέεται ανάμεσα στο σωματικό και ψυχικό στοιχείο.

Μέσα από την επιστημονική έρευνα έχει καθιερωθεί η σχέση των θρησκευτικών και πνευματικών πεποιθήσεων με την φυσική και διανοητική υγεία. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι θρησκευτικές –πνευματικές πεποιθήσεις του ατόμου μπορεί να επηρεάσουν θετικά την υγεία. Δεν έχει ερευνηθεί όμως αν αυτό ισχύει για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πόνο.

Κύριος σκοπός της ερευνάς μας είναι να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της θρησκείας και της πνευματικής υγείας ατόμων που πάσχουν από χρόνια μυοσκελετικό πόνο. Έτσι συνοπτικά αναφέροντας ,στο γενικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας γίνεται ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με την έννοια του πόνου, την εκτίμηση ,αιτιολογία και την αντιμετώπιση του .Στο ειδικό μέρος θα παρατεθούν στατιστικά από την έρευνά που διεξαχθεί για την σχέση πνευματικών /θρησκευτικών και στην αντιμετώπισή του πόνου.

Ευχαριστούμε όλους τους ασθενείς που συνεργάστηκαν μαζί μας και βοήθησαν στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Η ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

- 1.1. Επιπτώσεις του πόνου
- 1.2. Ο άνθρωπος απέναντι στον πόνο
- 1.3. Επακόλουθα της ανεπαρκούς θεραπείας του πόνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΝΕΥΡΩΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

- 2.1 Το σύστημα του πόνου
 - 2.1.1 Αλγούποδοχείς
 - 2.1.2 Κύριες κεντομόλες ίνες
 - 2.1.3 Ανιόντα δεμάτια: οδοί προς περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην αναλγησία
 - 2.1.4 Υπερωνωτιαίο σύστημα: απαρτίωση και επεξεργασία των επώδυνων ερεθισμάτων
 - 2.1.5 Ενδογενείς ρυθμιστικοί μηχανισμοί του πόνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

- 3.1 Ο πόνος
- 3.2 Ιστορικό του πόνου
 - 3.2.1 Η ένταση του πόνου
 - 3.2.2 Εργαλεία και κλίμακες για την μέτρηση του πόνου
 - 3.2.3 Εντόπιση - Κατανομή
 - 3.2.4 Παθοφυσιολογία του πόνου
 - 3.2.5 Είδη
- 3.3 Εξέταση ασθενούς
 - 3.3.1 Γενική φυσική κατάσταση
 - 3.3.2 Αξιολόγηση του πόνου
 - 3.3.3 Νευρολογική εξέταση
 - 3.3.4 Μυοσκελετική εξέταση
 - 3.3.5 Εξέταση της αισθητικότητας
- 3.4 Ψυχολογία πόνου

3.5 Διαγνωστικές εξετάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : **Ο ΟΞΥΣ ΠΟΝΟΣ**

- 4.1 Χαρακτηριστικά οξέος πόνου
- 4.2 Συνήθη σύνδρομα οξέος πόνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : **Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ**

- 5.1 Αντιμετώπιση
- 5.2 Σύνδρομο χρόνιου πόνου.
- 5.3 Αξιολόγηση του ασθενούς.
 - 5.3.1 Εργάλεια μέσα εκτίμησης
 - 5.3.2 Επίπεδο κινήτρων
- 5.4 Θεραπεία
 - 5.4.1 Διεπιστημονική προσέγγιση
 - 5.4.2 Ομαδικές συγκεντρώσεις
 - 5.4.3 Εναλλακτικές θεραπείες
 - 5.4.4 Δεδομένα έκβασης

II. ΕΠΩΔΥΝΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : **Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

- 6.1 Αυχενικό σύνδρομο
- 6.2 Οστεοαρθρίτιδα
- 6.3 Οσφυαλγία

III. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ** **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ**

- 7.1 Βοηθήματα για τις τεχνικές
- 7.2 Ειδικό αποκλεισμοί

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο :
ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ: Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ
ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

8.1 Πόνος ένα ανθρώπινο συναίσθημα

8.2 Αξιολόγηση

8.2.1 Κλινική συνέντευξη

8.2.2 Γραπτά ερωτηματολόγια

8.3 Παρεμβάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο:
ΟΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ
ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

9.1 Χριστιανισμός

9.2 Βουδισμός

9.3 Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η επίδραση τους στη συμπεριφορά των ασθενών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ευχαριστούμε τον καθηγητή μας κύριο Κακαβελάκη για την πολύτιμη βοήθεια του στην διεκπαιρέωση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η λέξη << πόνος >> προέρχεται από τη λατινική λέξη << poena >> που σημαίνει τιμωρία. Ο πόνος και η θεραπεία του έχουν απασχολήσει την κοινωνία από την αρχαιότητα. Πρόσφατες επιστημονικές και κλινικές εξελίξεις σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου, έδειξαν ότι ο πόνος που δεν καταστέλλεται έχει επιπτώσεις πολύ μεγαλύτερες από την προσωρινή ταλαιπωρία.

1.1 Επιπτώσεις του πόνου

Μερικές από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις του πόνου είναι η επιβράδυνση της θεραπείας, η αλλαγή του ανοσιακού συστήματος, και η πιθανότητα δημιουργίας μόνιμων αλλοιώσεων στο περιφερικό και κεντρικό νευρικό σύστημα που καταλήγουν σε σύνδρομα χρόνιου πόνου.

Οι επιδράσεις αυτές, είναι επιζήμιες για τα άτομα, τις οικογένειες τους και το κοινωνικό σύνολο. Για παράδειγμα, τα άτομα που υποφέρουν από σύνδρομα χρόνιου πόνου στοιχίζουν στις ΗΠΑ αρκετά δισεκατομμύρια δολάρια, λόγω απουσιών από την εργασία τους, εργατικών αποζημιώσεων και μηνύσεων. Κύρια λοιπόν και επιτακτική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας είναι η ηθικές και κοινωνιολογικές επιδράσεις

1.2 Ο άνθρωπος απέναντι στον πόνο

Εκπαίδευση

Στις αναπτυγμένες χώρες ο αριθμός των κλινικών πόνου παρουσίασε μια τεράστια αύξηση. Ωστόσο, εκτιμάται ότι το 40 % περίπου του οξέος πόνου δεν αντιμετωπίζεται σωστά και ένας ακόμη μεγαλύτερος αριθμός καρκινοπαθών βασανίζεται από τον πόνο. Το πρόβλημα είναι πιο φανερό στις αναπτυσσόμενες, όπου τα οπιοειδή δεν είναι προσιτά για πολλούς λόγους. Όμως, η ανακούφιση του πόνου όλων των ασθενών έχει γίνει παγκόσμιος στόχος.

Για παράδειγμα, μια από τις επιδιώξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι να παρέχει την κατάλληλη θεραπεία σε όλους τους καρκινοπαθείς μέχρι το 2000. Αν ο ασθενής παρουσιάσει υψηλό πυρετό, ο γιατρός επεμβαίνει επειγόντως παρέχοντας την κατάλληλη διαγνωστική αξιολόγηση και θεραπεία. Δεν θεωρείται όμως επείγουσα η περίπτωση του αρρώστου που έχει σοβαρό πόνο.

Αίτια μη επαρκούς αντιμετώπισης του πόνου:

Το πιο συχνό αίτιο είναι η έλλειψη κατανόησης εκ μέρους πολλών γιατρών. Παρόλο ότι ο πόνος είναι το πιο κοινό σύμπτωμα για το οποίο ο άρρωστος αναζητάει το γιατρό, η ιατρική εκπαίδευση προσφέρει ελάχιστα για την τυπική άσκηση στο πεδίο αυτό. Δεν έχει γίνει ευρύτερα αντιληπτό ότι και απλές εγχειρήσεις μπορεί να καταλήξουν σε σοβαρά σύνδρομα πόνου. Ακόμη και μια μικρή τομή του δέρματος μπορεί να προκαλέσει μεταβολές στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Οι μεταβολές αυτές μπορεί να προκαλέσουν πιο μόνιμες αλλοιώσεις της συνδετικότητας των νευρώνων μέσα στο οπίσθιο κέρασ, που είναι γνωστό ότι λαβαίνουν χώρα μετά από μια κάκωση νεύρου.

Στις περισσότερες ιατρικές σχολές καταναλώνεται πολύ λίγος χρόνος στη διδασκαλία του πόνου και των επώδυνων συνδρόμων.

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι να μην γίνεται σωστή διάγνωση, σε ασθενείς με επώδυνα σύνδρομα και να μην υπάρχει επαφή γιατρού-ασθενή κατά την αρχική πορεία του νοσήματος.

Σήμερα εφαρμόζονται πολλές διαδικασίες αντιμετώπισης του πόνου χωρίς να έχουν υποβληθεί σε εξονυχιστική κλινική έρευνα, γι' αυτό και χρειάζονται εργασίες που να αναφέρονται στην έκβαση.

Προληπτική αναλγησία

Η αναλγητική παρέμβαση πριν από το επώδυνο ερέθισμα, μπορεί να ελλατώσει ή ακόμη να αναστείλει τον πόνο που θα ακολουθήσει και να απλουστεύσει την αντιμετώπιση του. Η άποψη της πλαστικότητας του νευρικού συστήματος είναι απαραίτητη για να κατανοηθεί η αναλγησία των νευρώνων. Η πλαστικότητα του νευρικού συστήματος είναι μια διεργασία δομικών και λειτουργικών μεταβολών απέναντι σε τραυματικά γεγονότα και άλλους ερεθισμούς. Η πλαστικότητα είναι εφικτή, επειδή το νευρικό σύστημα δεν είναι ούτε καλωδιωμένο ούτε από πριν προγραμματισμένο. Η αντίδραση στα επώδυνα ερεθίσματα πιστεύεται ότι δημιουργεί ανεξιχνίαστες ανατομικές και βιομηχανικές μεταβολές στο νευρικό σύστημα. Για παράδειγμα, μετά από κάκωση περιφερικού νεύρου, έχουν περιγραφεί εντυπωσιακές μεταβολές σε μοριακό επίπεδο στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού σε διάφορα πεπτίδια και συστήματα υποδοχέων.

Παρόμοιες μεταβολές μπορούν συμβούν κατά μήκος των οδών πόνου σαν αντίδραση στο τραύμα ή σε επώδυνα ερεθίσματα. Η ακριβής εξήγηση των μεταβολών αυτών με βιολογικούς όρους δεν είναι απόλυτα κατανοητή. Ωστόσο, αυτή η πλαστικότητα πιθανώς αποτελεί τη βάση της <<μνήμης>>των επώδυνων ερεθισμάτων και ο νωτιαίος μυελός γίνεται εξαιρετικά ευαίσθητος στα ερεθίσματα που ακολουθούν ένα φαινόμενο που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο πόνο κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Αν οι μεταβολές αυτές των οδών του πόνου μπορούν να προληφθούν με τη σωστή χρήση αναλγητικών παραγόντων πριν από τη χειρουργική

τομή, η προληπτική αναλγησία θα εμποδίσει πιθανόν ή θα ελατώσει τη <<μνήμη του πόνου>> και θα οδηγήσει στη μείωση των μετεγχειρητικών απαιτήσεων της αναλγησίας.

Αν και αμφιλεγόμενα, έχουν προκύψει αποδεικτικά στοιχεία για την επάρκεια της προληπτικής αναλγησίας μετά από βασική έρευνα στα ζώα.. Όταν όμως εγκατασταθεί η κατάσταση υπερδιεγερσιμότητας, απαιτούνται πολύ μεγάλες δόσεις οπιοειδών για να την καταστείλουν. Ωστόσο, αν σχετικά μικρές δόσεις οπιοειδών χορηγηθούν στο νωτιαίο μυελό πριν από την άφιξη των επώδυνων ερεθισμάτων, αναστέλλεται η κατάσταση αυτή.

Χρειάζονται όμως περισσότερες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες για να καθιερωθεί η στρατηγική της κατάλληλης αγωγής. Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι η σωστή χρήση οπιοειδών κατά την προεγχειρητική περίοδο μπορεί να ελαττώσει το μετεγχειρητικό πόνο και τις απαιτήσεις σε φάρμακα.

Παγκόσμια αναλγησία

Το παγκόσμιο δόγμα της ιατρικής στα 1990 είναι ότι κανένα ανθρώπινο ον δεν πρέπει ποτέ να βασανίζεται από άσκοπο πόνο. Η μεγαλύτερη μιας υποχρέωση ως επαγγελματίες φροντίδας υγείας είναι όχι μόνο να θεραπεύσουμε το νόσημα, αλλά και να ανακουφίσουμε τον πόνο και τη δυστυχία. Ενώ δεν είναι πάντα δυνατό ή και σκόπιμο να απαλειφθούν όλοι οι πόνοι, αφού ο πόνος συχνά χρησιμεύει ως προστατευτικό σήμα των ζωτικών οργάνων του οργανισμού, η ηθική μας υποχρέωση είναι να τον ελαχιστοποιήσουμε ή τουλάχιστον να τον καταστήσουμε υποφερτό. Υπάρχουν επίσης κοινωνικοί, πολιτισμικοί, πολιτικοί και επιστημονικοί φραγμοί στην πραγματοποίηση της ανακούφισης του πόνου σε όλους τους ασθενείς. Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες στις ΗΠΑ αποκαλύπτουν ότι στις γυναίκες, στα παιδιά και στους ηλικιωμένους η θεραπεία του πόνου είναι ανεπαρκής. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, παρόλο ότι δεν υπάρχουν οι βασικές διευκολύνσεις, η χρήση των οπιοειδών που είναι σχετικά φθηνή περιορίζεται από τις κυβερνήσεις, γιατί είναι ελλιπής η εκπαίδευση των λειτουργιών υγείας και υπάρχει το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τη χρήση τέτοιων παραγόντων.

Οι βασικές γνώσεις μας στην αντιμετώπιση του πόνου έχουν προοδεύσει ταχύτατα κατά την τελευταία δεκαετία. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η πλαστικότητα των νευρώνων τροποποιεί τις συνδέσεις και τη δραστηριότητα μέσα στο νευρικό σύστημα. Παρόλα αυτά, δεν κατανοούμε απόλυτα ούτε μπορούμε να θεραπεύσουμε αποτελεσματικά, πολλά σύνδρομα χρόνιου πόνου όταν έχουν πλέον εγκατασταθεί. Όλα αυτά αποτελούν μελλοντικές προκλήσεις στην αντιμετώπιση του πόνου.

1.3 Επακόλουθα της ανεπαρκούς θεραπείας του πόνου

Ο πόνος που δε θεραπεύεται ικανοποιητικά δεν είναι ποτέ καλοήθης. Μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, μπορεί να σημαίνει και τη διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου. Συχνά τον συνοδεύουν εκδηλώσεις από το φυτικό νευρικό σύστημα όπως η κατάθλιψη, που μπορεί να διαταράξει τη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους και κάτω από ορισμένες συνθήκες να οδηγήσει ακόμη στην αυτοκτονία. Μπορεί όμως να έχει και άλλες επιπτώσεις, όπως για παράδειγμα, ορισμένες εργασίες αποκαλύπτουν ότι ο χρόνιος πόνος μεταβάλλει την απάντηση στο stress, ειδικά στους ηλικιωμένους και ότι μπορεί να προκαλέσει καταστολή του ανοσιακού συστήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΝΕΥΡΩΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

2.1 Το σύστημα του πόνου



Μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες του νευρικού συστήματος είναι να δίνει πληροφορίες για τυχόν απειλή σωματικής κάκωσης. Ο πόνος καθορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη.

Η αντίδραση του οργανισμού και η αντίληψη του πόνου μπορεί να διαιρεθεί στις ακόλουθες χρήσιμες κατηγορίες:

1. Ειδικευμένοι υποδοχείς που ονομάζονται **αλγούποδοχείς**, ανιχνεύουν και διηθούν την ένταση και το είδος των επώδυνων ερεθισμάτων στο περιφερικό νευρικό σύστημα.
2. **Κύριες κεντρομόλες ίνες** άγουν επώδυνες στο ΚΝΣ.
3. **Ανιόντα αλγοδεκτικά δεμάτια** μεταβιβάζουν τα επώδυνα ερεθίσματα σε ανώτερα κέντρα του ΚΝΣ.
4. **Ανώτερα κέντρα** που εμπλέκονται στη διαφοροποίηση του πόνου, στα συναισθηματικά συστατικά του πόνου, στα συστατικά μνήμης του πόνου και στον κινητικό έλεγχο που σχετίζεται με επώδυνα ερεθίσματα.
5. Μέσον διεργασίας και τροποποίησης των εισερχομένων ώσεων και πληροφοριών, που ονομάζεται ρύθμιση του πόνου και περιλαμβάνει τα **κατιόντα συστήματα**.

2.2 Αλγούποδοχείς

Οι αλγούποδοχείς είναι ελεύθερες απολήξεις κυρίων κεντρομόλων ιών που μπορεί να ανιχνεύσουν επώδυνα ερεθίσματα και διαιρούνται ανάλογα με τον τύπο του ερεθίσματος που προκαλεί την απάντησή τους και τα χαρακτηριστικά της αντίδρασης.

Υπάρχουν δυο βασικές κατηγορίες αλγούποδοχέων :

- α.) μηχανο-θερμικοί υποδοχείς
- β.) υποδοχείς που δεν επηρεάζονται από μηχανικά ερεθίσματα.

Οι μηχανο-θερμικοί υποδοχείς απαντούν στη θερμότητα και διακρίνονται στις ομάδες των C ιών και A ιών. Οι C ίνες μηχανοθερμικοί υποδοχείς αντιδρούν σε διάμεσο ουδό θερμότητας, έχουν βραδεία ταχύτητα αγωγής και αποτελούν την πλειονότητα των κεντρομόλων αλγοδεκτικών ιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο κνησμός μεταγεται επίσης από τις C ίνες. Οι A ίνες μηχανοθερμικοί υποδοχείς διαιρούνται σε δυο τύπους. Οι υποδοχείς τύπου I έχουν ένα υψηλό οδο θερμότητας, έχουν βραδεία ταχύτητα αγωγής και αποτελούν την πλειονότητα των κεντρομόλων

αλγοδεκτικών ινών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο κνησμός μετάγεται επίσης από τις C ίνες. Οι A ίνες μηχανο-θερμικοί υποδοχείς διαιρούνται σε δύο τύπους. Οι υποδοχείς τύπου 1 έχουν ένα υψηλό ουδό θερμότητας και άγουν το ερέθισμα με σχετικά γρήγορες ταχύτητες. Οι υποδοχείς αυτοί ανιχνεύουν την αίσθηση του πόνου όταν απαντούν σε μεγάλης έντασης θερμότητα. Οι υποδοχείς τύπου 2 έχουν ένα χαμηλό ουδό θερμότητας και άγουν το ερέθισμα στα 15 m/sec.

Οι υποδοχείς που δεν επηρεάζονται από μηχανικά ερεθίσματα αντιδρούν στο ψύχος και σε ποικίλες χημικές ουσίες και μπορεί να ανταποκρίνονται μόνο μετά από φλεγμονή.

Χαρακτηριστικά της απάντησης

Τα χαρακτηριστικά της αντίδρασης των αλγουποδοχέων επιτρέπουν την κωδικοποίηση χωρικών και χρονικών πληροφοριών. Ο διαφορετικός τύπος αντίδρασης των αλγουποδοχέων επιτρέπει διαφορές στην ευαισθησία και στο χρόνο των κεντρομόλων ώσεων στο οπίσθιο κέρας.

Ορισμένοι ονομάζονται αλγουποδοχείς ευρέως δυναμικού πεδίου και αντιδρούν στη θερμότητα και το θερμικό πόνο. Άλλοι είναι ειδικοί αλγοδεκτικοί που μπορεί επίσης να είναι θερμοποδοχείς, αλλά απαντούν μόνο σε ερεθίσματα που βρίσκονται μέσα στο επώδυνο πεδίο. Ορισμένοι μπορεί να είναι πολύτροποι και απαντούν σε ευρύ φάσμα ερεθισμάτων ή σε ειδικά επώδυνα ερεθίσματα.

Εντόπιση



Οι αλγουποδοχείς βρίσκονται:

- α.) σε δερματικούς και μη δερματικούς ιστούς (στο δέρμα οι ίνες του πόνου χάνουν το έλυτρο της μυελίνης στη βασική επιδερμική στιβάδα)
- β.) στον κερατοειδή χιτώνα
- γ.) στον οδοντικό πολφό
- δ.) στους μυς
- ε.) στις αρθρώσεις
- στ.) στο αναπνευστικό σύστημα
- ζ.) στο καρδιαγγειακό σύστημα
- η.) στο πεπτικό σύστημα
- θ.) στο ουροποιογεννητικό σύστημα
- ι.) στον εγκέφαλο και
- κ.) στις μήνιγγες

Υπεραλγησία

Η βλάβη των ιστών προκαλεί ενεργοποίηση των αλγούποδοχέων και της πρωτοπαθούς υπεραλγησίας.

Υπεραλγησία είναι το φαινόμενο κατά το οποίο, μετά από ιστική βλάβη ακολουθεί ελάττωση του ουδού στα επώδυνα ερεθίσματα. Πρωτοπαθής υπεραλγησία είναι η υπεραλγησία στη θέση της κάκωσης. Δευτεροπαθής υπεραλγησία είναι η υπεραλγησία στο περιβάλλον δέρμα.

Είναι ενδιαφέρον ότι τα θερμικά και τα μηχανικά ερεθίσματα προκαλούν πόνο στη θέση της κάκωσης, αλλά μόνο τα μηχανικά ερεθίσματα προκαλούν πόνο στο περιβάλλον δέρμα.

Με την υπεραλγησία παρατηρείται μια μεταβολή τόσο στην υποκειμενική απάντηση στο ερέθισμα όσο και στην αντίδραση της ίνας στο ερέθισμα. Η υποκειμενική απάντηση παρουσιάζεται ως ελαττωμένος ουδός πόνου, αύξηση του πόνου σε ερεθίσματα πάνω από τον ουδό. Υπάρχουν ακόμα και αυτόματες εκφορτίσεις των ινών. Επομένως, στην υπεραλγησία υπάρχει πλαστικότητα της απάντησης των αλγούποδοχέων και αυτό μπορεί να έχει σχέση με το επίπεδο των επώδυνων ερεθισμάτων.

Καθώς επέρχεται η ιστική βλάβη ελκύεται ένας αριθμός χημικών ουσιών και μεσολαβητών που προκαλούν διεγερτικά μετασυναπτικά δυναμικά και ενισχύουν την αλγοδεκτική απάντηση- σεροτονίνη, ισταμίνη, κάλιο, τριφωσφορική αδενοσίνη, ενεργοποιητικός παράγοντας των αιμοπεταλίων, ελεύθερες ρίζες, ακετυλχολίνη, κατεχολαμίνες, βραδυκινίνη και μεταβολίτες του αραχιδονικού οξέος. Ένας αριθμός των ουσιών αυτών προκαλεί πόνο όταν εντεθεί.

Φλεγμονή

Η φλεγμονή χαρακτηρίζεται από μια σειρά βιοχημικών και κυτταρικών εκδηλώσεων που ενεργοποιούνται με την κάκωση και καταλήγουν στα κλασικά ευρήματα: ερυθρότητα, θερμότητα, πόνος, οίδημα και λειτουργική βλάβη.

Στη φλεγμονή ο πόνος είναι αυξημένος όταν η περιοχή κινείται ή αγγίζεται και μειωμένος όταν βρίσκεται σε ηρεμία. Υπάρχουν ορισμένες πηγές μεσολαβητών της φλεγμονής που περιλαμβάνουν την ουσία Π και την έκλυση του πεπτιδίου γονιδίου καλσιτονίνης από τις απολήξεις των νεύρων. Οι πηγές αυτές περιλαμβάνουν κυκλοφορούντα λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια, κύτταρα του ενδοθηλίου των αγγείων και περιφερικά νεύρα καθώς και κυρίως κεντρομόλους νευρώνες. Μεσολαβητές της φλεγμονής είναι η αδενοσίνη, βραδυκινίνη, συμπλήρωμα, ιντερλευκίνες, λευκοτριένια, αυξητικός παράγοντας των νεύρων, προσταγλανδίνες, σεροτονίνη και ουσία

2.3 Κύριες κεντρομόλες ίνες

Οι νευρικές ώσεις που προέρχονται από τους αλγουποδοχείς μεταβιβάζονται μέσω των περιφερικών νεύρων στο νωτιαίο μυελό ή μέσω των εγκεφαλικών νεύρων στα γάγγλια των εγκεφαλικών νεύρων, εφόσον προέρχονται από το κεφάλι. Ταξινομούνται ανάλογα με το μέγεθος, το βαθμό μυελίνωσης και την ταχύτητα αγωγής.

Οι κύριες κεντρομόλες ίνες κάτω από το κεφάλι έχουν εντοπισμένα τα κυτταρικά σώματα στα γάγγλια της οπίσθιας ρίζας των νωτιαίων νεύρων. Τα κυτταρικά σώματα των κύριων κεντρομόλων ινών της κεφαλής βρίσκονται στα αισθητικά γάγγλια των εγκεφαλικών νεύρων V, VII, IX και X.

Οι κύριοι κεντρομόλοι νευράξονες που ενεργοποιούνται από τους αλγουποδοχείς είναι οι ελεύθερες απολήξεις των εμύελων Αδ και αμύελων C ινών. Οι περισσότερες κεντρομόλες ίνες των αλγουποδοχέων βρίσκονται στο πεδίο ταχύτητας των C ινών και αντιδρούν τα μέγιστα σε πολύτροπα επώδυνα ερεθίσματα που εφαρμόζονται στα υποδεκτικά πεδία. Ογδόντα με ενενήντα τοις εκατό των C ινών απαντούν σε επώδυνες ώσεις, ενώ οι Αδ ίνες αντιδρούν σε επώδυνα μηχανικά ερεθίσματα. Αυτοί οι δύο τύποι ινών, με τις διαφορές τους στις ταχύτητες αγωγής και στις ιδιότητες των ερεθισμάτων, μπορεί να εξηγήσουν τη συνήθη αίσθηση του πόνου μετά από αλγεινό νύσσοντα ερέθισμα: ο πρώτος πόνος είναι ταχύς = επικριτικός, έχει νύσσοντα χαρακτήρα και μεταβιβάζεται με τις Αδ ίνες. Ακολουθεί ένας δεύτερος πόνος= πρωτοπαθητικός που είναι καυστικός και άγεται από τις C ίνες.

Οι σπλαχνικές κεντρομόλες αλγοδεκτικές ίνες πορεύονται μαζί με συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Τα σώματά τους βρίσκονται μέσα στα γάγγλια του οπίσθιου κέρατος.

Υπάρχουν πολυάριθμοι νευρορρυθμιστές στα γάγγλια του οπίσθιου κέρατος και οι υποδοχείς για πολλούς από αυτούς βρίσκονται επίσης στο οπίσθιο κέρας. Για παράδειγμα, υπάρχουν μεγάλες συγκεντρώσεις υποδοχέων οπιοειδών μέσα στα γάγγλια του οπίσθιου κέρατος και μικρότερες συγκεντρώσεις στο οπίσθιο κέρας. Επομένως, τα ενδογενή οπιοειδή μπορούν να ρυθμιστούν στο επίπεδο αυτό.

Οπίσθιο κέρας

Η σύνοψη μεταξύ των κύριων προσαγωγών ινών και νευρώνων μέσα στο οπίσθιο κέρας αποτελεί σημαντική θέση για την περαιτέρω επεξεργασία και απαρτίωση των πληροφοριών πόνου που φθάσουν. Το οπίσθιο κέρας μπορεί να είναι ένα σημείο στο οποίο οι πληροφορίες αυτές μεταφέρονται σε ανώτερα κέντρα ή όπου οι πληροφορίες αναστέλλονται από κατιόντα συστήματα. Επιπλέον, ακριβώς όπως στην περίπτωση της ευαισθητοποίησης των αλγουποδοχέων, οι νευρώνες στο οπίσθιο κέρας, συμπεριλαμβανομένων των προβλητικών νευρώνων μπορεί να έχουν μεταβάλει καταστάσεις που εξαρτώνται από προηγούμενο ιστορικό αλγεινών κεντρομόλων ερεθισμάτων.

Οπισθοπλάγιο δεμάτιο ή επιχείλια ζώνη του Lissauer

Στην επιχείλια ζώνη του Lissauer υπερέχουν οι κύριες κεντρομόλες ίνες που αποτελούνται κυρίως από Αδ και C ίνες προσεγγίζουν το νωτιαίο μυελό και πορεύονται προς τα επάνω ή προς τα κάτω ένα ή δυο νευροτόμια πριν γίνει η σύναψη στο οπίσθιο κέρασ με νευρώνες δεύτερης- τάξης (νευρώνες του νωτιαιοθλαμικού δεματίου)

Πέταλα ή πεταλιώδεις ζώνες του Rexed

Η φαιά ουσία του νωτιαίου μυελού διαιρείται σε πέταλα κατά REXED και βασίζεται στην ιστολογική οργάνωση των πολυάριθμων τύπων κυτταρικών σωμάτων και δενδριτών. Οι πιο σημαντικές συνδέσεις των κεντρομόλων ιών που μεταβιβάζουν αλγοδεκτικές πληροφορίες είναι το πέταλο 1= οριακή ζώνη, το πέταλο 2= πηκτωματώδης ουσία και το πέταλο V. Αυτή είναι μια υπεραπλουστευμένη άποψη των πληροφοριών πόνου, εφόσον οι κύριες σπλαγχνικές και σωματικές αλγοδεκτικές κεντρομόλες ίνες είναι γνωστό ότι συνάπτονται σε άλλα πέταλα. Επομένως οι μηχανοποδοχείς του δέρματος Αδ κεντρομόλες ίνες είναι γνωστό ότι συνάπτονται στα πέταλα I, II, και V. Οι σπλαγχνικοί μηχανοποδοχείς Αδ ίνες συνάπτονται στα πέταλα I και V, οι δερματικοί αλγοποδοχείς C ίνες στα πέταλα I και II και οι σπλαγχνικές αλγοδεκτικές C ίνες σε πολλά πέταλα συμπεριλαμβανομένων των I, II, IV, V και X. υπάρχουν δυο ευρείες γενικεύσεις σχετικά με την κεντρική κατάληξη των περιφερικών αλγοδεκτικών κεντρομόλων ιών στο οπίσθιο κέρασ. Οι κεντρομόλες αλγοδεκτικές ίνες καταλήγουν κυρίως στα πέταλα I, II και V. Στην περίπτωση των σπλαχνικών αλγοποδοχέων εμπλέκονται ακόμη και βαθύτερα πέταλα του REXED.

Τα πέταλα I-VI σχηματίζουν το οπίσθιο κέρασ. Πιστεύεται ότι τα έξι πέταλα έχουν βασικά σχέση με την επεξεργασία του πόνου.

Πέταλο I ονομάζεται η οριακή στιβάδα και είναι το πιο επιπολής πέταλο. Αποτελείται από πολλές δεσμίδες νευρών που προσδίνουν δικτυωτή όψη. Εκτός από τους NS και WDR νευρώνες, ο τύπος των κυττάρων που αφθονούν στο πέταλο είναι τα προσβλητικά κύτταρα, ορισμένα από τα οποία σχηματίζουν τις ανούσιες οδούς και άλλα συνάπτονται με τους διαμέσους νευρώνες.

Πέταλο II είναι η πηκτωματώδης ουσία που, όπως και στο πέταλο I, υπάρχουν νευρώνες NS και WDR. Δυο άλλοι τύποι κυττάρων είναι τα μισχωτά κύτταρα και τα κεντρικά ή νησιδιακά κύτταρα τα οποία διεγείρουν και αναστέλλουν αντίστοιχα. Αυτά έχουν σημασία για την αναμετάδοση των ερεθισμάτων από άλλες κύριες κεντρομόλες ίνες στα προσβλητικά κύτταρα που υπάρχουν στο πέταλο I. στα ανιόντα δεμάτια συμμετέχουν και άλλα ακόμη κύτταρα. Αντίθετα από τις κύριες κεντρομόλες ίνες, δεν καταλήγουν σπλαγχνικές κεντρομόλες ίνες στο πέταλο II.

Το πέταλο III αποτελείται από πολλούς εμμέλους νευράζονες και δενδρίτες από τις βαθύτερες ζώνες. Περιέχει ακόμη και κεντρικά ή νησιδιακά κύτταρα.

Στο πέταλο IV, ο πιο κοινός τύπος κυττάρων είναι οι χαμηλού ουδού μηχανοποδοχείς που αντιδρούν στα αβλαβή οπτικά και θερμικά ερεθίσματα του δέρματος. Τα κύτταρα αυτά ενεργοποιούνται από τις Αβ ίνες.

Το πέταλο V αποτελείται κυρίως από νευρώνες WDR και νευράζονες από τους οποίους αρχίζουν τα ανιόντα συστήματα.

Το πέταλο X περιβάλλει τον κεντρικό σωλήνα και περιέχει ορισμένα κύτταρα που είναι αλγοδεκτικά.

Βιοχημικοί μεσολαβητές

Στο οπίσθιο κέρασ υπάρχουν πολυάριθμοι νευρομεταβιβαστές και νευρορρυθμιστές. Προέρχονται από τρεις πηγές τις κύριες κεντρομόλες ίνες, τους διάμεσους νευρώνες και τα τρία κατιόντα συστήματα ιών.

Σχετικά με τη νευροχημεία του οπίσθιου κέρατος, αν και είναι φοβερά πολύπλοκη, διευκολύνει η άποψη ότι οι νευροδραστικές ουσίες ή είναι νευροπεπτίδια ή πιο κλασικοί νευρομεταβιβαστές. Οι τελευταίοι εμφανίζουν γενικά ταχεία δράση μικρής όμως διάρκειας, ενώ τα πρώτα έχουν βραδύτερη έναρξη δράσης και ίσως πιο παρατεταμένη επίδραση.

Επιπλέον, κάθε ομάδα μπορεί να ταξινομηθεί ανάλογα με τις λειτουργικές της επιδράσεις- διεγερτικές ή ανασταλτικές. Ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα:

Διεγερτικοί νευροχημικοί μεσολαβητές.

- Διεγερτικά αμινοξέα γλουταμικό και ασπαρτικό οξύ
- Ουσία P, ουσία K
- Πεπτίδιο γονιδίου καλσιτονίνης (CGRP)
- Αγγειοδραστικό εντερικό πεπτίδιο (VIP)
- Χολεκυστοκινίνη (CCK)

Ανασταλτικοί νευρομεσολαβητές:

- Ενδογενή οπιοειδή, όπως εγκεφαλίνη, δυνορφίνη και ενδορφίνη
- Σωματοστατίνη
- Σεροτονίνη
- Νοραδρεναλίνη
- γ-αμινοβουτυρικό οξύ
- Γαλανίνη

Στο οπίσθιο κέρασ υπάρχουν ειδικοί υποδοχείς για πολλούς από αυτούς τους νευρορρυθμιστές. Για παράδειγμα, υψηλά επίπεδα των υποδοχέων του N-μεθυλο-D-ασπαρτικού βρίσκονται στο οπίσθιο κέρασ και είναι οι υποδοχείς των διεγερτικών αμινοξέων όπως το γλουταμικό και το ασπαρτικό. Υπάρχουν ακόμη και ειδικοί υποδοχείς των νευροπεπτιδίων.

2.4 Ανιόντα δεμάτια: οδοί προς περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην αναλγησία



Οι ανιούσες οδοί που λαβαίνουν μέρος στη μεταβίβαση του πόνου αρχίζουν από τα πέταλα I, II και V, αλλά συμμετέχουν και άλλα πέταλα.

Περιλαμβάνουν:

- το νωτιαιοθλαμικό δεμάτιο
- το νωτιαιοποθλαμικό δεμάτιο
- το νωτιαοδικτυωτικό δεμάτιο
- το νωτιαοδικτυωτό δεμάτιο και
- το νωτιαιογεφυροραμυγδαλικό δεμάτιο

Νωτιαιοθλαμικό δεμάτιο

Το νωτιαιοθλαμικό δεμάτιο είναι το σημαντικότερο από τις ανιούσες οδούς για τη μεταβίβαση των επώδυνων ερεθισμάτων και εντοπίζεται στο προσθιοπλάγιο τεταρτημόριο του νωτιαίου μυελού. Οι περισσότεροι από τους νευράξονες που προέρχονται από το οπίσθιο κέρασ, χιάζονται στον κοιλιακό λευκό σύνδεσμο του νωτιαίου μυελού και ανέρχονται στο αντίθετο προσθιοπλάγιο τεταρτημόριο.

Ορισμένοι όμως παραμένουν στην ίδια πλευρά. Μέσα στο νωτιαιοθλαμικό δεμάτιο οι νευρώνες από τις περιφερικές περιοχές του σώματος βρίσκονται περισσότερο προς τα έξω ενώ οι νευρώνες από εγγύτερες περιοχές περισσότερο προς τα έσω. Οι νευρώνες του νωτιαιοθλαμικού δεματίου υποδιαιρούνται στο θάλαμο σε έσω και έξω προβολές. Οι νευρώνες που προβάλλονται στον έξω θάλαμο αρχίζουν από τα πέταλα I, II και V και από εκεί συνάπτονται με ίνες που προβάλλονται στο σωματοαισθητικό φλοιό. Υπάρχει η άποψη ότι οι ίνες εμπλέκονται στην αίσθηση και στη διαφοροποίηση του πόνου.

Οι νευρώνες που προβάλλονται στον έσω θάλαμο προέρχονται από τα βαθύτερα πέταλα VI και IX και στέλνουν παράπλευρες προβολές στο δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους και του μέσου εγκεφάλου, στην κεντρική φαιά ουσία και στον υποθάλαμο ή απευθείας σε άλλες περιοχές της βάσης του πρόσθιου εγκεφάλου και του σωματοαισθητικού φλοιού. Πιστεύεται ότι εμπλέκονται στις αντανακλαστικές αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος, την κατάσταση εγρήγορσης και τη συναισθηματική πλευρά του πόνου.

Νωτιαιοϋποθλαμικό δεμάτιο

Οι επώδυνες και μη επώδυνες πληροφορίες από τους νευρώνες μέσα στο οπίσθιο κέρασ μεταβιβάζονται αμέσως σε τμήματα του διάμεσου εγκεφάλου, όπως ο υποθάλαμος, από μια οδό που ανακαλύφθηκε πρόσφατα – το νωτιαιοποθλαμικό δεμάτιο. Η οδός αυτή προβάλλεται σε περιοχή του εγκεφάλου που συμμετέχει στις

αυτόνομες λειτουργίες όπως ο ύπνος, η όρεξη, η ρύθμιση της θερμοκρασίας, η απάντηση στο stress. Επομένως, σχηματίζει το ανατομικό υπόστρωμα που επιτρέπει τις αυτόνομες αντανάκλαστικές αντιδράσεις στα επώδυνα ερεθίσματα. Μερικές από τις συνδέσεις αυτές μπορεί να ευθύνονται για ορισμένη συμπεριφορά όπως η δυσκολία ύπνου σε επώδυνες καταστάσεις, κυρίως στο χρόνιο πόνο. Η πλειονότητα των νευρώνων αυτών αντιδρά κατά προτίμηση σε μηχανικά αλγοδεκτικά ερεθίσματα και ένας μικρότερος αριθμός σε επώδυνα θερμικά ερεθίσματα.

Η οδός ανέρχεται δια του νωτιαίου μυελού και οι περισσότεροι νευρώνες προβάλλονται στην αντίπλευρη έσω ή έξω μοίρα του υποθαλάμου και επομένως συμπεραίνεται ότι έχουν σημαντικό ρόλο στην αυτόνομη και νευροενδοκρινική απάντηση στα επώδυνα ερεθίσματα. Έχει αποδεχτεί ότι οι ίνες διασταυρώνονται στο υπεροπτικό χίασμα.

Άλλα δεμάτια

Τα δεμάτια αυτά, όπως το πλάγιο νωτιαιοθαλαμικό, έχουν σχέση με την κατάσταση διέγερσης και τη συναισθηματική πλευρά του πόνου, το νωτιαιοδικτυωτό δεμάτιο και το νωτιαογεφυροαμυγδαλικό δεμάτιο

Εγκεφαλικά νεύρα

Η μεταβίβαση του πόνου στο κεφάλι έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά του αλγοδεκτικού συστήματος όπως και το υπόλοιπο σώμα, που έχουν ήδη αναφερθεί. Το πρόσωπο και η στοματική κοιλότητα είναι πλούσια σε αλγοποδοχείς. Οι κύριες αλγοδεκτικές κεντρομόλες ίνες για το κεφάλι προέρχονται κυρίως από το V εγκεφαλικό νεύρο καθώς από τα νεύρα VII, IX και X. Μπορεί επίσης να συμμετέχουν και άνω αυχενικά νεύρα. Οι κύριες κεντρομόλες ίνες; Αυτών των εγκεφαλικών νεύρων προβάλλονται στο σύστημα πυρήνων του τριδύμου, ενώ τα άνω αυχενικά νεύρα στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Από εκεί τα ερεθίσματα προβάλλονται στο υπερωτιαίο σύστημα.

Το σύστημα τριδύμου αποτελείται από τρεις αισθητικούς πυρήνες που όλοι έχουν τα κυτταρικά τους σώματα εντοπισμένα στα γάγγλια του τριδύμου και η δομή τους μοιάζει με αυτή των γαγγλίων των οπίσθιων ριζών. Οι τρεις πυρήνες είναι ο μεσεγκεφαλικός ή πυρήνας της μεσεγκεφαλικής ρίζας, ο κύριος αισθητικός και ο νωτιαίος πυρήνας του τριδύμου ή πυρήνας της νωτιαίας δεσμίδας, που υποδιαιρείται περαιτέρω στο στοματικό, μεσοπολικό και κερκοφόρο υποπυρήνα.

Ο κερκοφόρος υποπυρήνας γνωστός επίσης ως οπίσθιο κέρασ του προμήκους, εκτείνεται ουραία από την προμήκη μέχρι τα άνω αυχενικά νευροτομία του νωτιαίου μυελού. Οι πυρήνες του τριδύμου δέχονται κεντρομόλα ερεθίσματα από τις τρεις υποδιαιρέσεις του τριδύμου νεύρου του προσώπου καθώς και από τη σκληρή μήνιγγα και τα αγγεία ενός μεγάλου τμήματος από τα πρόσθια δυο τρίτα του εγκεφάλου.

Από τους διάφορους πυρήνες του τριδύμου ξεκινούν ορισμένες ανιούσες οδοί. Οι νευράξονες των κυτταρικών σωμάτων του κυρίου αισθητικού πυρήνα και του στοματικού υποπυρήνα προβάλλονται είτε ομόπλευρα, σχηματίζοντας το ραχιαίο τριδυμοθαλαμικό δεμάτιο ή αντίπλευρα, στο κοιλιακό τριδυμοθαλαμικό δεμάτιο. Και οι δυο οδοί καταλήγουν στο θάλαμο. Ο κερκοφόρος πυρήνας συμμετέχει επίσης στα

τριδυμοθαλαμικά δεμάτια, αλλά έχει και άμεσες προβολές στο θάλαμο, στο δικτυωτό σχηματισμό και στον υποθάλαμο.

Άλλα εγκεφαλικά νεύρα

Τα νεύρα αυτά μπορεί επίσης να μεταβιβάσουν κεντρομόλα ερεθίσματα στο νωτιαίο πυρήνα και στο δεμάτιο του πετάλου V.

Το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο άγει συναφείς με την απτική αίσθηση, τη θερμική αίσθηση και τον πόνο από το βλεννογόνο του οπίσθιου τρίτου της γλώσσας, των αμυγδαλών, του οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος και της ευσταχιανής σάλπιγγας.

Το πνευμονογαστρικό νεύρο μεταβιβάζει κεντρομόλα ερεθίσματα που αφορούν την απτική αίσθηση από το οπισθοωτιαίο δέρμα και των έξω ακουστικό πόρο, τη σπλαγγνική αίσθηση από το φάρυγγα, λάρυγγα, τραχεία, οισοφάγο και τα θωρακικά και κοιλιακά σπλάγγνα μέσω του νωτιαίου δεματίου του τριδύμου και της μονήρους δεσμίδας του προμήκου.

2.5 Υπερνωτιαίο σύστημα: απαρτίωση και επεξεργασία των επώδυνων ερεθισμάτων

Η απαρτίωση του πόνου στα ανώτερα είναι ένα πολύπλοκο θέμα. Βασικά η απαρτίωση και η επεξεργασία των επώδυνων ερεθισμάτων μπορεί να ανήκει στις ακόλουθες ευρείες κατηγορίες:

- **Συστατικό διαφοροποίησης:** έχει ειδική σωματοπογραφική διάταξη και εμπλέκει τον αισθητικό φλοιό. Αυτό το επίπεδο διαφοροποίησης επιτρέπει στον εγκέφαλο να προσδιορίσει την εντόπιση του επώδυνου ερεθίσματος. Η απαρτίωση του σωματικού πόνου, αντίθετα από το σπλαγγνικό πόνο, πραγματοποιείται στο επίπεδο αυτό. Ο φλοιός δέχεται προσαγωγά ερεθίσματα κυρίως από το κοιλιακό σύμπλεγμα του θαλάμου, που έχει επίσης σωματοπογραφική διάταξη.
- **Συστατικό συναισθήματος:** η απαρτίωση του δραστικού συστατικού του πόνου είναι πολύπλοκη και εμπλέκει διάφορες μεταιχμιακές δομές. Ιδιαίτερα, ο φλοιός της έλικας του προσαγωγίου, που δέχεται κεντρομόλα ερεθίσματα από τους παραδεσμικούς πυρήνες του θαλάμου που προβάλλονται σε διάφορες περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος, εμπλέκεται με το συναισθηματικό συστατικό του πόνου. Η αμυγδαλή παίρνει και αυτή μέρος στην απαρτίωση του επώδυνου ερεθίσματος.
- **Συστατικό μνήμης του πόνου:** πρόσφατα δεδομένα έχουν αποδείξει ότι τα επώδυνα ερεθίσματα ενεργοποιούν περιοχές του ΚΝΣ όπως η πρόσθια νήσος του εγκεφάλου.
- **Κινητικός έλεγχος και πόνος:** πιστεύεται ότι η παρασυμπληρωματική κινητική περιοχή εμπλέκεται στην απαρτίωση της κινητικής αντίδρασης στον πόνο.

Θάλαμος

Ο θάλαμος είναι ένα αρχιτεκτονικό σύμπλεγμα που λειτουργεί σαν σταθμός αναμετάδοσης των εισερχομένων επώδυνων ερεθισμάτων. Σχετικά με την επεξεργασία τους, υπάρχουν δυο σημαντικές μοίρες του υποθαλάμου που δέχονται επώδυνες ώσεις. Πρώτη είναι έξω μοίρα που σχηματίζεται από το κοιλιακό σύμπλεγμα στο οποίο φθάνουν ειδικές αλγοδεκτικές ώσεις από τις συνάψεις των NS και WDR νευρώνων. Έχει σωματοπογραφική διάταξη και προβάλλεται στο σωματοαισθητικό φλοιό. Δεύτερη είναι η έσω μοίρα που περιλαμβάνει το μεγάλο ραχιαίο έσω πυρήνα και μερικούς μικρότερους.

Πιστεύεται ότι οι πυρήνες αυτοί προβάλλονται σε δομές του μεταιχμιακού συστήματος που εμπλέκονται στη συναισθηματική συνιστώσα του πόνου, αφού δεν υπάρχει ειδική πληροφορία πόνου που να μεταβιβάζεται με αυτούς στις ανώτερες περιοχές του φλοιού.

Έσω και ενδοπετάλιο πυρήνες

Δέχονται κεντρομόλα ερεθίσματα από πολλές ανιούσες οδούς, κυρίως το νωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο και το δικτυωτό σχηματισμό. Υπάρχουν λίγα δεδομένα για τη σωματοπογραφική διάταξη των πυρήνων αυτών.

Κοιλιακή ομάδα των πυρήνων του θαλάμου

Το τμήμα αυτό του θαλάμου έχει σωματοπογραφική διάταξη και μπορεί να υποδιαιρεθεί περαιτέρω στον οπίσθιο έξω κοιλιακό πυρήνα που δέχεται ώσεις κυρίως από τη νωτιαιοθαλαμική οδό, αλλά και από το σύστημα της οπίσθιας στήλης και το σωματοαισθητικό φλοιό, στον οποίο προβάλλεται και στον οπίσθιο έσω κοιλιακό πυρήνα που δέχεται ώσεις από το πρόσωπο μέσω του τριδύμοθαλαμικού δεματίου και προβάλλεται στις σωματοαισθητικές φλοιώδεις περιοχές του προσώπου.

Οπίσθιος θάλαμος

Στον οπίσθιο θάλαμο οι κεντρομόλες ώσεις φθάνουν κυρίως από το νωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο, το φλοιονωτιαίο δεμάτιο και τους πυρήνες της οπίσθιας στήλης. Τα υποδεκτικά πεδία είναι μεγάλα, αμφοτερόπλευρα και στερούνται σωματοπογραφικής διάταξης. Οι οπίσθιοι πυρήνες προβάλλονται στο σωματοαισθητικό φλοιό και φαίνεται να έχουν ένα ρόλο στην αισθητικό φλοιό και φαίνεται να έχουν ένα ρόλο στην αισθητική εμπειρία του πόνου.

Κεντρικός έξω πυρήνας

Το νωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο στέλνει προβολές στον πυρήνα αυτό, που εμπλέκεται στην κινητική δραστηριότητα

Υποθάλαμος

Ο υποθάλαμος δέχεται ανώδυνα και επώδυνα ερεθίσματα από ολόκληρο το σώμα, συμπεριλαμβανομένων των εν τω βάθει ιστών όπως τα σπλάγχνα. Οι νευρώνες αυτοί δεν έχουν σωματοπογραφική διάταξη και επομένως δεν συμβάλλουν στη διαφοροποίηση και εντόπιση του πόνου. Ορισμένοι υποθαλαμικοί πυρήνες στέλνουν προβολές στην υπόφυση μέσω του μίσχου της, στο εγκεφαλικό στέλεχος και στο νωτιαίο μυελό. Ο αδένας ρυθμίζει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και τη νευροενδοκρινική απάντηση στο stress, συμπεριλαμβανομένου του πόνου.

Μεταιχμιακό σύστημα

Το μεταιχμιακό σύστημα αποτελείται από υποφλοιώδη τμήματα του εγκεφαλικού φλοιού κυρίως το μετωπιαίο και κροταφικό φλοιό. Ο ρόλος του έχει σχέση με τη συναισθηματική πλευρά του πόνου, τα κίνητρα συμπεριφοράς, ψυχικής διάθεσης και πείρας.

Εγκεφαλικός φλοιός

Ο σωματοαισθητικός φλοιός και ο φλοιός του προσαγωγίου ή υπερμεσολόβια έλικα αποτελούν περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού που εμπλέκεται στην αντίληψη του πόνου και βρίσκεται πίσω από την κεντρική αύλακα του εγκεφάλου. Δέχεται κεντρομόλα ερεθίσματα από διάφορους πυρήνες του θαλάμου κυρίως τους οπίσθιους έξω και έσω κοιλιακούς πυρήνες και τον οπίσθιο θάλαμο. Ο σωματοαισθητικός φλοιός έχει κυτταροαρχιτεκτονική οργάνωση και παίζει επομένως ένα σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση και την εντόπιση του πόνου. Φυγόκεντρες ίνες από το σωματοαισθητικό φλοιό οδεύουν πίσω στο θάλαμο και συμμετέχουν στα κατιόντα συστήματα.

Ο φλοιός της έλικας του προσαγωγίου

Η φλοιώδης αυτή περιοχή είναι μέρος ενός μεγαλύτερου μεταιχμιακού συστήματος που δέχεται ώσεις από το αισθητικό σύστημα και το φλοιό και ενεργοποιεί τις σωματικές και σπλαγχνικές απολήξεις των νεύρων που συμμετέχουν στη φυσιολογική έκφραση της συμπεριφοράς και του συναισθήματος. Το μεταιχμιακό σύστημα περιλαμβάνει την υπομεσολόβιο, υπερμεσολόβιο και παραιπποκάμπειο έλικα, τον ιπποκάμπειο σχηματισμό και τους ακόλουθους υποφλοιώδεις πυρήνες: αμυγδαλοειδή, διαφραγματικούς πυρήνες, υποθαλάμου, πρόσθιους πυρήνες του θαλάμου και πυρήνες στα βασικά γάγγλια.

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η έλικα του προσαγωγίου ενεργοποιείται στον άνθρωπο από αλγογόνα ρεθίσματα. Η δημιουργία βλάβης στην έλικα του προσαγωγίου έχει χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση του πόνου και της ταλαιπωρίας που προκαλεί.

2.6 Ενδογενείς ρυθμιστικοί μηχανισμοί του πόνου

Τα δεδομένα για κατιόντες ελέγχους προέρχονται από δυο βασικές παρατηρήσεις.

Η πρώτη παρατήρηση, ήταν ότι οι νευρώνες του οπίσθιου κέρατος απεγκεφαλισμένων ζώων αντιδρούσαν εντονότερα στα επώδυνα ερεθίσματα μετά τον αποκλεισμό του νωτιαίου μυελού.

Η δεύτερη παρατήρηση, ήταν ότι ο ηλεκτρικός ερεθισμός της κεντρικής φαιάς ή φαιάς ουσίας περί τον υδραγωγό ανακούφιζε σημαντικά τον πόνο των πειραματόζωων. Τόσο μεγάλη ήταν η αναλγησία που προκαλούσε ο ερεθισμός, ώστε ήταν δυνατή η εγχείρηση στα ζώα αυτά χωρίς να παρατηρείται εμφανής πόνος. Επιπλέον, η συμπεριφορά τους ήταν φυσιολογική από κάθε άποψη και δεν σημειώθηκε καμία επίδραση σε άλλες αισθητικές οντότητες. Οι μελέτες αυτές αποτελούν ουσιαστικά τον άξονα για να αποδειχτεί η ανατομική βάση του φυσικού ισοδυνάμου της αναλγησίας μετά από ερεθισμό. Επιπλέον, εργασίες που ακολούθησαν έδειξαν ότι μικρές συγκεντρώσεις μορφίνης, όταν ενίστε σε περιοχές όπως η PAG προκαλούν σημαντική αναλγησία. Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι, τόσο η αναλγησία μετά από stress όσο και η αναλγησία μετά από ερεθισμό αναστρέφονται από τους ανταγωνιστές των οπιοειδών.

Υπάρχει ένας αριθμός περιοχών του εγκεφάλου που συμμετέχει στην ενδογενή ρύθμιση των επώδυνων ερεθισμάτων όπως ο σωματοαισθητικός φλοιός, ο υποθάλαμος, η PAG του μέσου εγκεφάλου, περιοχές της γέφυρας και ο μείζων δικτυωτός πυρήνας. Ο ηλεκτρικός ερεθισμός των περιοχών αυτών στον άνθρωπο και στα ζώα προκαλεί αναλγησία. Ίνες από τις κεντρικές αυτές δομές κατέρχονται άμεσα ή έμμεσα μέσω της οπισθοπλάγιας δέσμης στο νωτιαίο μυελό και στέλνουν προβολές στα πέταλα I και V.

Στο νοραδρενεργικό σύστημα, οι νοραδρενεργικοί νευρώνες προβάλλονται από τον πυρήνα του υπομέλαινα και από άλλες ομάδες νοραδρενεργικών κυττάρων στον προμήκη και στη γέφυρα. Οι προβολές αυτές βρίσκονται στην οπισθοπλάγια δέσμη. Η διέγερση των περιοχών αυτών προκαλεί αναλγησία καθώς επίσης και η χορήγηση ενός αγωνιστή α2-υποδοχέων όπως η κλονιδίνη.

Στο σεροτονινεργικό σύστημα πολλοί νευρώνες στο μείζονα δικτυωτό πυρήνα είναι γνωστό ότι περιέχουν 5-HT και στέλνουν προβολές στο νωτιαίο μυελό μέσω της οπισθοπλάγιας δέσμης. Φαρμακευτικός αποκλεισμός ή δημιουργία βλάβης στον πυρήνα μπορεί να ελαττώσει τις επιδράσεις της μορφίνης και η χορήγηση 5-HT στο νωτιαίο μυελό προκαλεί αναλγησία.

“On ’ καιoff” κύτταρα: Ένα μοντέλο κατιούσας αναλγησίας

Οι νευρώνες του οπίσθιου κέρατος διεγείρονται ή αναστέλλονται μετά από ερεθισμό της κεντρικής φαιάς ουσίας. Επομένως, είναι απαραίτητος ένας μηχανισμός που να περιγράφει τους ευδοωτικούς και ανασταλτικούς κατιόντες ελέγχους για να εξηγήσει την παρατήρηση αυτή. Μπορεί να επιδειχθεί ένα μοντέλο του μείζονα δικτυωτού πυρήνα και άλλων περιοχών που είναι γνωστό ότι συμμετέχουν στην

κατιούσα ρύθμιση. Έχουν βρεθεί διάφοροι τύποι νευρώνων στο μείζονα δικτυωτό πυρήνα μεταξύ αυτών τα "on" κύτταρα, τα "of" κύτταρα και τα ουδέτερα κύτταρα.

Τα "on" κύτταρα είναι ενεργά πριν από ένα αλγοπροστατευτικό αντανακλαστικό απόσυρσης. Τα κύτταρα αυτά διεγείρονται από επώδυνα ερεθίσματα. Διεγείρονται με το ερέθισμα και αναστέλλονται με τη μορφίνη. Τα "on" κύτταρα διευκολύνουν τη μεταβίβαση του πόνου στο οπίσθιο κέρας.

Τα "off" κύτταρα κλείνουν πριν από ένα αλγοπροστατευτικό αντανακλαστικό απόσυρσης. Τα κύτταρα αυτά αναστέλλονται με επώδυνα ερεθίσματα και διεγείρονται με ηλεκτρικό ερεθισμό και με τη μορφίνη. Θεωρείται ως δεδομένο ότι τα οπιοειδή αναστέλλουν τους ανασταλτικούς διάμεσους νευρώνες που δρουν στα "off" κύτταρα και με τον τρόπο αυτό ασκούν σαφή διεγερτική επίδραση στα κύτταρα αυτά. Τα κύτταρα αυτά αναστέλλουν τη μεταβίβαση του πόνου στο οπίσθιο κέρας.

Τα "ουδέτερα" κύτταρα δεν απαντούν σε επώδυνα ερεθίσματα.

Προβολές στο οπίσθιο κέρας

Οι νευρικές ίνες που προέρχονται από τους πυρήνες εμπλέκονται στη ρύθμιση του πόνου καταλήγουν στο οπίσθιο κέρας στα πέταλα I και II άλλα και σε άλλα πέταλα όπως τα IV, V, VI και X. Επομένως, υπάρχει ένα κύκλωμα προβλητικών νευρώνων που δρα άμεσα ή έμμεσα, μέσω διάμεσων νευρώνων, στις κεντρομόλους ίνες καθώς και προβλητικοί νευρώνες όπως οι νευρώνες του νωτιαιοθαλαμικού δεματίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

3.1. Ο πόνος

Ο πόνος είναι η πιο συνηθισμένη αιτία που ο ασθενής θα αναζητήσει για γιατρό. Είναι ένα σύμπτωμα σύνθετο, πολυδιάστατο που καθορίζεται από:

- την κάκωση του ιστού
- την αλγαισθησία
- τα προσωπικά πιστεύω
- την προηγούμενη εμπειρία πόνου
- την ψυχή
- το συναίσθημα

Δεν υπάρχει αντικειμενική μέτρηση πόνου. Αυτό αποτελεί ένα πρόβλημα τόσο για τον ασθενή όσο και για το γιατρό. Πώς αισθάνεται ο ασθενής όταν ο πόνος του δεν μπορεί να γίνει αντιληπτός ούτε μπορεί να τον καθορίσει ή να τον αισθανθεί ο γιατρός. Συχνά καλείται ο κλινικός να εξετάσει έναν ασθενή που η διάγνωση του ήταν ακαθόριστη και το ιστορικό του πιθανόν διαφορούμενο.

Η παθολογία ίσως δεν μπορεί να εξακριβωθεί χρησιμοποιώντας σύγχρονες μεθόδους για τους εξής λόγους: Οι ασθενείς αυτοί ενδεχομένως να υποβλήθηκαν σε εκτεταμένες ακτινολογικές εξετάσεις και σε χειρουργικές ακόμη επεμβάσεις. Τα κίνητρα τους ή η προσπάθεια τους είναι αμφισβητούμενα. Οι αναφορές του πόνου δεν ανταποκρίνονται στο βαθμό της ανικανότητας ή στα ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση. Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους, δεν μπορούν συνήθως να διαχωρίσουν τη δυστυχία, την ταλαιπωρία και τη συμπεριφορά πόνου από τον ίδιο τον πόνο. Ο πόνος αποτελεί συχνά πρόβλημα μόνο όταν συνυπάρχει με την απελπισία. Ο έλεγχος του πόνου απαιτεί πλήρες ιστορικό και εκτεταμένη φυσική εξέταση.

Σημαντικές ερωτήσεις για τη σύνταξη του ιστορικού του πόνου αφορούν: την εντόπιση, την ένταση, το χρονικό προσδιορισμό και την ποιότητα του πόνου, καθώς και καταστάσεις που τον βελτιώνουν και τον επιδεινώνουν.

Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας του πόνου οδηγεί στη λογική και κατάλληλη θεραπεία. Απαραίτητος είναι ο συνεχής έλεγχος για την παρακολούθηση της προόδου του ασθενούς και την αλλαγή της θεραπείας. Έχει σημασία να χρησιμοποιείται μια συστηματική προσέγγιση για τον έλεγχο του αρρώστου που παραπονιέται ότι πονάει.

3.2 Το ιστορικό του πόνου

Το πλήρες και λεπτομερές ιστορικό του πόνου περιλαμβάνει τρία κύρια θέματα την ένταση, εντόπιση και παθοφυσιολογία που πρέπει να διασαφηνηθούν και απαντά στα εξής ερωτήματα:

α.) έναρξη

- β.) διάρκεια πόνου
- γ.) περιοχή πόνου
- δ.) κατανομή- ακτινοβολία πόνου από την πρωτοπαθή εστία
- ε.) μηχανισμοί πόνου (πόσοι και ποιοι είναι)
- στ) ένταση πόνου
- ζ.) αιτιολογικοί παράγοντες και παράγοντες που ανακουφίζουν ή επιδεινώνουν τον πόνο

3.2.1 Ένταση του πόνου

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, ο πόνος δεν μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά. Η ένταση του πόνου είναι ένα από τα πιο δύσκολα και ίσως απογοητευτικά χαρακτηριστικά του για να καθοριστεί. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες δοκιμασίες και κλίμακες ή βαθμολογίες για να βοηθήσουν στη μέτρηση του πόνου. Η εκτίμηση μιας μόνο διάστασης όπως η ένταση, δεν θα μπορέσει να συλλάβει τα πολλά χαρακτηριστικά του πόνου και της εμπειρίας του.

3.2.2 Εργαλεία και κλίμακες για τη μέτρηση του πόνου:

1) Μονοδιάστατες κλίμακες αυτοαξιολόγησης

Είναι πολύ απλές, χρήσιμες και ασφαλείς μέθοδοι για την εκτίμηση και την παρακολούθηση της επώδυνης κατάστασης του αρρώστου.

2) Λεκτικές περιγραφικές κλίμακες

Ο άρρωστος περιγράφει μόνος του τον πόνο επιλέγοντας από έναν κατάλογο επιθέτων σχετικών με τη διαβάθμιση της έντασης του πόνου. Η κλίμακα αποτελείται από πέντε λέξεις που περιγράφουν τον πόνο: **ήπιος, ενοχλητικός, ανησυχητικός, τρομερός και βασανιστικός.**

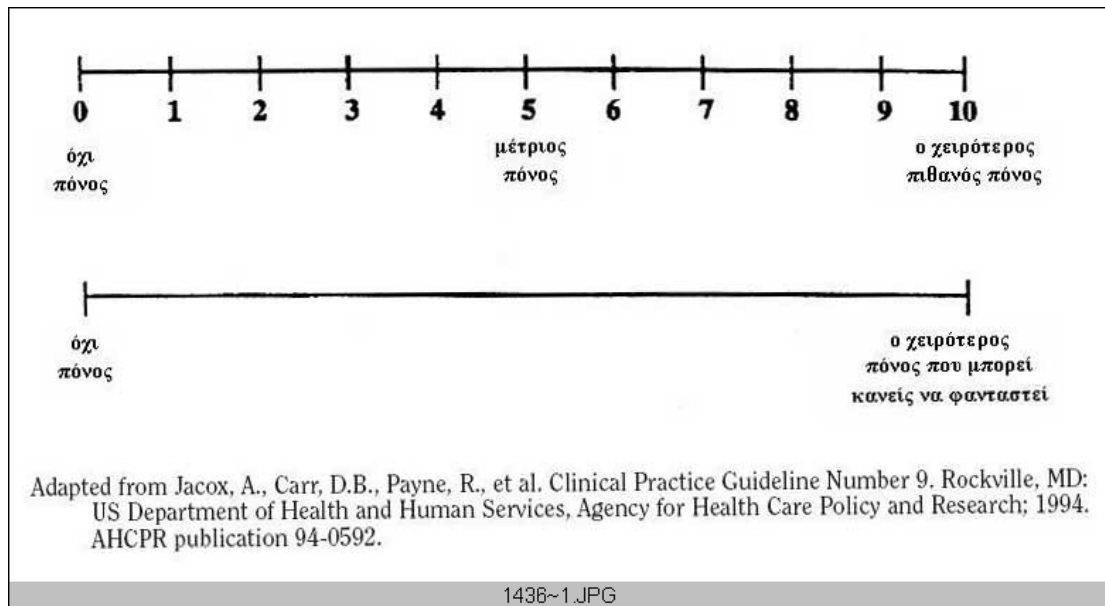
Τα μειονεκτήματα της κλίμακας αυτής είναι:
Η περιορισμένη επιλογή και το γεγονός ότι οι άρρωστοι τείνουν να επιλέξουν πιο μετριοπαθείς περιγραφές αντί των ακραίων.

3) Κλίμακα αριθμητικής βαθμονόμησης (knars)

Είναι η πιο απλή κλίμακα αξιολόγησης του πόνου που χρησιμοποιείται συχνότερα. Σε μια κλίμακα από το **0 μέχρι το 10 με 0 να αντιστοιχεί στην "απουσία πόνου"** και **το 10 στο "χειρότερο πόνο που μπορεί κανείς να φανταστεί"**, ο ασθενής επιλέγει έναν αριθμό για να περιγράψει τον πόνο.

Πλεονεκτήματα της κλίμακας αυτής είναι:

- α.) η απλότητα
- β.) η ικανότητα απόδοσης
- γ.) το γεγονός ότι γίνεται εύκολα αντιληπτή από τον άρρωστο και επισημαίνονται μικρές μεταβολές του πόνου
- δ.) δεν αντανακλά ούτε την ψυχολογία ούτε τη σωματική αποδιοργάνωση που δημιουργήθηκε από μια ειδική διαταραχή.



4) Οπτική αναλογική κλίμακα (vas)

Μοιάζει με την παραπάνω, με τη διαφορά ότι ο ασθενής σημειώνει το σημείο που αντιστοιχεί στον πόνο σε μια γραμμή 10 cm, της οποίας η μια άκρη χαρακτηρίζεται ως "απουσία πόνου" και η άλλη ως "ο χειρότερος πόνος που μπορεί κανείς να φανταστεί". Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα είναι τα ίδια με της Κλίμακας Αριθμητικής Βαθμονόμησης.

5) Κλίμακα βαθμονόμησης του πόνου με προσωπεία

Η αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά μπορεί να είναι πολύ δύσκολη, γιατί δεν είναι σε θέση να περιγράψουν τον πόνο ή να καταλάβουν τα έντυπα εκτίμησης του πόνου. Η κλίμακα αυτή απεικονίζει πέντε σκίτσα με χαρακτηριστικά προσώπου που το κάθε ένα έχει μια αριθμητική αξία και κυμαίνεται από ευτυχισμένο, χαμογελαστό πρόσωπο μέχρι λυπημένο, δακρυσμένο πρόσωπο. Για την αναγωγή της κλίμακας αυτής στην οπτική αναλογική κλίμακα πολλαπλασιάζεται η αξία που έχει επιλεγεί επί δυο. Μπορεί να είναι ευεργετική για τους διανοητικά καθυστερημένους ασθενείς.

6) Πολυδιάστατα εργαλεία

Παρέχουν πολύ περισσότερες πληροφορίες για τον πόνο του ασθενούς από την ένταση πόνου. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για αιτιάσεις σύνθετου πόνου. Γι' αυτό είναι δύσκολο και χρονοβόρα και προορίζονται για το εξωτερικό ιατρείο και την έρευνα.

7) Ερωτηματολόγιο πόνου του McGill (MP3)

Είναι μια πολυδιάστατη δοκιμασία που χρησιμοποιείται συχνότερα. Περιγραφικές λέξεις από τις τρεις μείζονες διαστάσεις του πόνου (αισθητική, συναισθηματική και αξιολόγησης) υποδιαιρούνται σε 20 υποκατηγορίες που η καθεμία τους περιέχει λέξεις διαφορετικών βαθμών. Λαμβάνονται τρεις βαθμολογίες μια για κάθε διάσταση, καθώς και η συνολική βαθμολογία. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την κλινική έρευνα.

8) Βραχεία καταγραφή του πόνου (BPI)

Στην καταγραφή αυτή οι ασθενείς χαρακτηρίζουν την ένταση του πόνου τους ως "χειρότερος", "ελάχιστος" ή "μέτριος" κατά το χρόνο που γίνεται η

βαθμονόμηση. Επίσης, δείχνουν την εντόπιση του πόνου τους σε ένα σχηματικό διάγραμμα του σώματος.

Η μέθοδος αυτή συσχετίζεται με τη βαθμολογία της δραστηριότητας, του ύπνου και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Είναι μια διασταυρούμενη- πολιτισμική και μέθοδος για την εκπόνηση εργασιών

9) Το διάγραμμα εκτίμησης του πόνου του γενικού νοσοκομείου της Μασαχουσέτης. (ΓΝΜ)

Συνδυάζει πολλά από τα παραπάνω εργαλεία ελέγχου και χορηγείται σε όλους τους ασθενείς κατά την αρχική επίσκεψη στο Κέντρο Πόνου του ΓΝΜ. Αποσπά πληροφορίες για τον πόνο, την εντόπιση του, την ποιότητα του πόνου, τις θεραπείες που δοκιμάστηκαν και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν στο παρελθόν και που χορηγούνται τώρα. Χρειάζεται 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί και είναι ένας ιδιαίτερα πολύτιμος έλεγχος. Τα μειονεκτήματα είναι τα ίδια με αυτά που αφορούν τα πολυδιάστατα εργαλεία.

10) Ημερολόγιο του πόνου

Χρησιμεύει για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του πόνου και της καθημερινής δραστηριότητας. Ο πόνος περιγράφεται χρησιμοποιώντας την **κλίμακα αριθμητικής βαθμονόμησης από το 0 μέχρι το 10 κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας** όπως το βάδισμα, η ορθοστασία, το κάθισμα και μικρές εργασίες. Η χρονική περίοδος είναι συνήθως ωριαία. Η χρήση φαρμάκων, οιοπνεύματος, οι συναισθηματικές αντιδράσεις και η ανταπόκριση της οικογένειας αποτελούν χρήσιμες πληροφορίες για να καταγραφούν.

Τα ημερολόγια αντανακλούν τον πόνο του ασθενούς με μεγαλύτερη ακρίβεια συγκριτικά με την αναδρομική περιγραφή που μπορεί να έχει σημαντικά υπερ- ή υποεκτιμήσει τον πόνο.

3.2.3 Εντόπιση - Κατανομή

Η εντόπιση και η κατανομή του πόνου αποτελούν πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στην κατανόηση της ταλαιπωρίας από τον πόνο. Τα σχεδιαγράμματα του σώματος που υπάρχουν σε ορισμένα από τα εργαλεία εκτίμησης, πιθανώς να αποδειχτούν πολύ χρήσιμα. Ο γιατρός μπορεί όχι μόνο να κρίνει την αντίληψη της τοπογραφικής περιοχής του πόνου από τον ασθενή, αλλά αποφεύγει και τη δυσφορία του αρρώστου σε περίπτωση ανεπαρκούς εντόπισης ή μεγαλοποίησης του πόνου σε άλλες περιοχές του σώματος.

Ο πόνος είναι εντοπισμένος ή προβαλλόμενος. Ο εντοπισμένος τύπος είναι αυτός που περιορίζεται στον τόπο της προέλευσης του χωρίς να ακτινοβολεί ή να μεταναστεύει. Ο προβαλλόμενος πόνος προέρχεται συνήθως από τα σπλάχνα ή βαθύτερες δομές και αντανακλά σε άλλες περιοχές του σώματος. Ένα κλασικό παράδειγμα προβαλλόμενου πόνου, είναι ο πόνος του ώμου από ερεθισμό του φρενικού νεύρου, όπως μετά από μετάσταση καρκίνου του παγκρέατος στο ήπαρ.

3.2.4 Παθοφυσιολογία πόνου

Παίρνοντας ένα πλήρες ιστορικό και απαντώντας στις παραπάνω δύο ερωτήσεις, ο γιατρός μπορεί να αρχίσει να διατυπώνει την αιτιολογία του πόνου. Μετά από αυτό, θα κατευθύνει το υπόλοιπο ιστορικό καθώς και τη φυσική εξέταση στη συστηματική διερεύνηση των συμπτωμάτων και των σημείων που είναι συνήθη σε αυτό τον ειδικό πόνο.

3.2.5 Είδη

Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς ή χρόνιος ενώ εμφανίζεται σε διάφορες μορφές:

- **Αλγοδεκτικός:** Πόνος που προέρχεται από την ενεργοποίηση των αλγοποδοχέων που βρίσκονται σε όλους τους ιστούς εκτός από το ΚΝΣ. Ο πόνος είναι κλινικά ανάλογος προς το βαθμό της χημικής, θερμικής ή μηχανικής ενεργοποίησης των κεντρομόλων νευρικών ιών του δέρματος ή των σπλάχνων και μπορεί να είναι οξύς ή χρόνιος (σωματικός, πόνος καρκινοπαθών, μετεγχειρητικός πόνος).

- **Νευροπαθητικός:**

Πόνος που προέρχεται από κάκωση περιφερικής ή κεντρικής οδού του πόνου. Ο πόνος επιμένει χωρίς να υπάρχει νόσημα εν εξελίξει (δηλαδή διαβητική νευροπάθεια)

Πόνος συμπαθητικής προέλευσης: πόνος που προέρχεται από περιφερική βλάβη νεύρου και συχνά σχετίζεται με αλλοδυνία, υπερπάθεια, κάψιμο, αγγειοκινητικές μεταβολές και δεδομένα υπερλειτουργίας του συμπαθητικού συμπεριλαμβανομένης της εφίδρωσης.

- **Νεκρογενής:**

Μπορεί να είναι σταθερός ή διαλείπων και μπορεί να περιγράφεται με όρους όπως καυστικός, ενοχλητικός, μυρμηκίαση, ηλεκτρική εκκένωση και μπορεί να είναι εντοπισμένος. Νεκρογενής πόνους σε σύνδρομο οξέος πόνου, συνήθως είναι το αποτέλεσμα τραύματος του νευρικού ιστού που σχετίζεται με οξύ ή τυφλό τραύμα, συμπίεση, ισχαιμία ή φλεγμονή του νωτιαίου μυελού ή των περιφερικών νεύρων.

- **Differentiation:** Χρόνιος πόνος που είναι αποτέλεσμα απώλειας των κεντρομόλων αισθητικών ερεθισμάτων στις οδούς πόνου του ΚΝΣ (περιφερικών ή κεντρικών) (δηλαδή εξαίρεση νεύρου ή βλάβες του νωτιαίου μυελού).

- **Νευραλγία:** Διαξιφιστικός πόνος που έχει σχέση με κάκωση νεύρου ή ερεθισμό στην κατανομή ενός νεύρου (δηλαδή νευραλγία τριδύμου).

- **Ριζοπάθεια:** Πόνος που προέρχεται από συμπίεση ή διάσπαση ρίζας νεύρου (δηλαδή δισκοπάθεια).

- **Κεντρικός:** Πόνος προερχόμενος από βλάβη του ΚΝΣ που εμπλέκει συνήθως τις νωτιαιοθαλαμικές φλοιώδεις οδούς(δηλαδή θαλαμικό έμφρακτο.
- **Ψυχογενής:** Πόνος ασύμφωνος με την ανατομική κατανομή του νευρικού συστήματος.

Συχνά η αξιολόγηση είναι υπερβολική, χωρίς να υπάρχει οργανική πάθηση που να δικαιολογεί τον πόνο αυτό. Η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του πόνου, είναι όμως πολύ δύσκολο να εξακριβώσει κανείς τον βαθμό στον οποίο ψυχολογικές διαταραχές οφείλονται στον πόνο ή αντίθετα εάν είναι αυτές, και σε αυτόν το βαθμό η αιτία του πόνου. Εμφανίζεται σε ασθενείς με άγχος ή κατάθλιψη.

Πόνος κεντρικής προέλευσης

Ο κεντρικός πόνος προέρχεται από βλάβες συνήθως τραυματικές ή αγγειακές ή πλησίον των οδών μεταβίβασης του πόνου. Είναι συνήθως σταθερός, με χαρακτήρα καυστικό, δίοδου ηλεκτρικού ρεύματος και επιδεινώνεται με τη δραστηριότητα ή τις καιρικές μεταβολές. Υπεραισθησία και υπερπάθεια και ή τη δραστηριότητα αλλοδυνία είναι συνεχώς παρούσες. Η θεραπεία μπορεί να μην έχει επιτυχία αλλοδύνια είναι συνεχώς παρούσες.

Προβαλλόμενος πόνος

Ο προβαλλόμενος πόνος προέρχεται συνήθως από τα σπλαχνικά όργανα. Ο ασθενής μπορεί να τον αισθάνεται σε περιοχές του σώματος που είναι απομακρυσμένες από την εντόπιση της παθοφυσιολογία βλάβης. Ο μηχανισμός του πόνου αυτού μπορεί να οφείλεται στη νωτιαία σύγκλιση των σπλαχνικών και σωματικών κεντρομόλων ινών στους νωτιαιοθαλαμικούς νευρώνες. Συνηθισμένες εκδηλώσεις είναι τόσο η δερματική όσο και η εν τω βάθει υπεραλγησία, η αυτόνομη υπερδραστηριότητα, η ευαισθησία και οι μυικές συσπάσεις.

3.3 Εξέταση ασθενούς

Χρειάζεται πλήρης έλεγχος που περιλαμβάνει:

- τη γενική φυσική εξέταση
- τη νευρολογική
- τη μυοσκελετική και
- την εκτίμηση της διανοητικής κατάστασης του ασθενούς.

Έχει μεγάλη σημασία να μην περιορίζεται η εξέταση μόνο στην επώδυνη εντόπιση και στους περιβάλλοντες ιστούς και δομές.

Γενική φυσική εξέταση

Είναι η τυπική φυσική εξέταση από το κεφάλι μέχρι τα δάχτυλα των ποδιών που περιγράφεται λεπτομερώς σε πολλά ιατρικά συγγράμματα.

Σημειώνονται τα ακόλουθα σημαντικά σημεία:

1. εμφάνιση- παχύς, αδύνατος, καταπονημένος, επίπεδο συναίσθημα.
2. στάση- έχει νάρθηκα, σκολίωση, κύφωση.
3. έκφραση- πόνος, ένταση, εφίδρωση, αγωνία.
4. ζωτικά σημεία- υπερδραστηριότητα συμπαθητικού (ταχυκαρδία, υπέρταση), διαφορές θερμοκρασίας (θερμές ή ψυχρές περιοχές).

Έχει σημασία η παρακολούθηση του τρόπου που γδύνεται ο άρρωστος. Θα εκτιμηθεί αν κατά τη διαδικασία αυτή, ο ασθενής προτιμά ένα άκρο ή προφυλάσσει ένα μέρος του σώματος του, κάτι που παραβλέπεται συστηματικά από το γιατρό, ίσως για να μην χαρακτηριστεί αδιάκριτος.

Αξιολόγηση του πόνου

Μετά από τη γενική εξέταση ο γιατρός αξιολογεί την ή τις επώδυνες περιοχές του σώματος. έχει σημασία η αναζήτηση ευρημάτων που συσχετίζουν την κλινική εξέταση με το ιστορικό.

Η επισκόπηση της επιφάνειας του δέρματος μπορεί να αποκαλύψει μεταβολές του χρώματος, ευρυθρίαση, οίδημα, απώλεια τριχών, παρουσία ή απουσία ιδρώτας, ατροφία ή μυικό σπασμό. Επισκόπηση των νυχιών ενδεχομένως να αποκαλύψει αλλοιώσεις που υπάρχουν συνήθως στον πόνο συμπαθητικής δυστροφίας. Μια κάκωση ρίζας νεύρου μπορεί να συνδυάζεται με δέρμα χήνας στο δερμοτόμιο.

Η ψηλάφηση επιτρέπει τη χαρτογράφηση της επώδυνης περιοχής και την αναζήτηση κάποιας αλλαγής της έντασης του πόνου μέσα στην περιοχή, καθώς και κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Ακόμη αποκαλύπτει την παρουσία ή απουσία μερικών από τους προαναφερθέντες ορισμούς και κάθε σημείο πυροδότησης. Έχει σημασία ο τρόπος της λεκτικής και μη λεκτικής απάντησης του αρρώστου. Αντιστοιχεί η απάντηση στο επίπεδο του πόνου; Μήπως ο ασθενής αντιδρά υπερβολικά; Συσχετίζεται με τη συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου; Ερευνώνται επίσης παράγοντες που αναπαράγουν, επιδεινώνουν ή βελτιώνουν τον πόνο.

Νευρολογική εξέταση

Πιο ειδικά ευρήματα συνήθως αποκαλύπτονται κατά τη διάρκεια της νευρολογικής εξέτασης. Είναι επιτακτική η ανάγκη να μην παραβλέπεται η εξέταση αυτή, που μπορεί να γίνει μέσα σε 5 ως 10 λεπτά.

Η διανοητική λειτουργία ελέγχεται με την αξιολόγηση του προσανατολισμού του αρρώστου στα πρόσωπα, στο χώρο και στο χρόνο, την πρόσφατη και παλαιά μνήμη, την επιλογή λέξεων που χρησιμοποιεί για την περιγραφή των συμπτωμάτων και τον τρόπο που απαντάει στις ερωτήσεις καθώς και το μορφωτικό του υπόβαθρο.

Η αξιολόγηση των εγκεφαλικών νεύρων είναι απολύτως αναγκαία, ιδίως στους αρρώστους που παραπονιούνται για συμπτώματα πόνου στο κεφάλι, στο λαιμό και στον ώμο. Η αξιολόγηση των νωτιαίων νεύρων μπορεί επίσης να γίνει γρήγορα. Η αισθητικότητα των νωτιαίων νεύρων μπορεί επίσης να γίνει γρήγορα. Η αισθητικότητα των νωτιαίων νεύρων καθορίζεται χρησιμοποιώντας βαμβάκι ή λεπτό χαρτί για την ελαφρά αφή και τρύπημα με καρφίτσα για την ιδιοδεκτική και την εν τω βάθει αισθητικότητα. Στο νευροπαθητικό πόνο υπάρχει πάντα αισθητική ανωμαλία. Η λειτουργία των κινητικών νωτιαίων νεύρων καθορίζεται από τα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά, την παρουσία ή απουσία ή απουσία του αντανακλαστικού babushka και από δοκιμασίες της μυικής ισχύος.

Ο συντονισμός αξιολογείται με τον έλεγχο της ισορροπίας, τη γρήγορη κίνηση του δακτύλου του ποδιού προς τη πτέρνα, το βάδισμα και τη δοκιμασία Romberg. Με τις δοκιμασίες αυτές συχνά εντοπίζεται δυσλειτουργία της παρεγκεφαλίδας.

Τα συμπτώματα του ασθενούς με ψυχογενή πόνο συνήθως δεν ανταποκρίνονται στα τυπικά ευρήματα της οργανικής παθολογίας. Υπάρχει συχνά ανώμαλη κατανομή του πόνου, όπως σχήμα κάλτσας ή γαντιού.

Μυοσκελετική εξέταση

Εξετάζοντας τη στάση του αρρώστου και τη συμμετρία των μυών εντοπίζονται ανωμαλίες του μυοσκελετικού συστήματος. Η μυική ατροφία σημαίνει μειωμένη χρήση (αχρηστία), ενώ η πλαδαρότητα, μεγάλη αδυναμία συνήθως από παράλυση και οι ανώμαλες κινήσεις νευρολογική βλάβη ή δυσλειτουργία της ιδιοδεκτικής αισθητικότητας. Περιορισμένα κινητικά όρια μιας κύριας άρθρωσης μπορεί να υποδηλώνουν πόνο, δισκοπάθεια ή αρθρίτιδα. Η ψηλάφηση των μυών θα βοηθήσει στην αξιολόγηση των κινητικών ορίων και αν υπάρχουν ή όχι σημεία πυροδότησης. Ελέγχεται επίσης ο συντονισμός και η ισχύς.

Εξέταση της αισθητικότητας

Ακολουθούν μερικοί ορισμοί των φυσικών ευρημάτων κατά την εξέταση της αισθητικότητας.

Αναλγησία=απουσία πόνου σε επώδυνο ερέθισμα

Αναισθησία= απουσία όλων των αισθήσεων

Αλλοδυνία= πόνος οφειλόμενος σε μη επώδυνο ερέθισμα

Δυσαισθησία = δυσάρεστη, ανώμαλη αίσθηση
Υπεραισθησία = αυξημένη ευαισθησία σε ερέθισμα
Υπαισθησία = μειωμένη ευαισθησία σε ερέθισμα
Υπεραλγησία = αυξημένη αίσθηση σε επώδυνο ερέθισμα
Υπαλγησία = μειωμένη αίσθηση σε επώδυνο ερέθισμα
Υπερπάθεια = αυξημένη αντίδραση σε επαναλαμβανόμενο, μη επώδυνο ερέθισμα
Ουδός πόνου = το ελάχιστο ερέθισμα που προκαλεί πόνο
Ανοχή πόνου = το μέγιστο επίπεδο πόνου που μπορεί να αντέξει ο άρρωστος

3.4 Ψυχολογία του πόνου

Ο πλήρης έλεγχος του πόνου περιλαμβάνει ανάλυση της ψυχολογικής πλευράς του πόνου και της επίδρασης του στη συμπεριφορά και τη συναισθηματική σταθερότητα. Ο έλεγχος αυτός αποτελεί δοκιμασία γιατί πολλοί άρρωστοι είναι απληροφόρητοι και απρόθυμοι να παρουσιάσουν ψυχολογικά προβλήματα. Είναι, επιπλέον, περισσότερο αποδεκτό από την κοινωνία η αναζήτηση ιατρικής παρά ψυχιατρικής βοήθειας.

Αρχικά, η χρήση ενός ερωτηματολογίου που περιγράφει τον πόνο, όπως το ερωτηματολόγιο πόνου του McGill, παρέχει μερικά δεδομένα της συναισθηματικής αντίδρασης του ασθενούς στον πόνο. Για παράδειγμα, ενώ λέξεις όπως "καίει" και "τσούζει" αναφέρονται στην αίσθηση του πόνου, λέξεις όπως "αγωνιώδης" και "τρομερός" υποδηλώνουν αρνητικά αισθήματα και δεν βοηθούν στο χαρακτηρισμό της αίσθησης του πόνου.

Η προσωπικότητα του ασθενούς επηρεάζει πολύ την αντίδραση του στον πόνο και την επιλογή στρατηγικής ικανοποιητικής αντιμετώπισης. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν με τη χρήση στρατηγικών ελέγχου, όπως ψυχαγωγία και χαλάρωση. Αντίθετα, αγχώδεις άρρωστοι προτιμούν να παίρνουν μεγάλες δόσεις αναλγητικών. Επομένως, ιστορικό με πληροφορίες για τον τρόπο που ο ασθενής αντιδρά στο stress είναι συχνά χρήσιμο.

Στο ιστορικό του πόνου ο γιατρός πρέπει να περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με κοινά συμπτώματα που έχουν ασθενείς με χρόνια πόνο: κατάθλιψη, διαταραχή του ύπνου, απασχόληση με σωματικά συμπτώματα, ελαττωμένη δραστηριότητα, ελαττωμένη σεξουαλική επιθυμία και κόπωση. Τυποποιημένα ερωτηματολόγια, όπως η Πολυπαραγοντική Δοκιμασία Προσωπικότητας της Μινεσότα μπορεί να διευρύνουν την εκτίμηση. Στη δοκιμασία αυτή, ασθενείς με χρόνια πόνο ίσως να βαθμολογήσουν πολύ υψηλά στις κλίμακες καταστολής, υστερίας και υποχονδρίας. Ωστόσο, η MMPI ενδεχομένως αντανακλά λειτουργικό περιορισμό που οφείλεται στον πόνο, καθώς και ψυχολογικές ανωμαλίες που έχουν σχέση με το χρόνια πόνο, περιορίζοντας την ερμηνεία της σε ορισμένους ασθενείς που υπάρχει η υποψία ψυχογενούς πόνου.

Ένας αριθμός ψυχολογικών διεργασιών και συνδρόμων προδιαθέτει στο χρόνια πόνο. Οι παράγοντες αυτοί είναι βαριά κατάθλιψη, διαταραχές σωματοποίησης, μετατρεπτικές διαταραχές, υποχονδρία και ψυχογενής διαταραχή του πόνου. Σημειώνεται ότι σχετικά με την εκτίμηση του πόνου, η διάγνωση της διαταραχής

σωματοποίησης είναι εντελώς ειδική, αν και πολλοί ασθενείς με χρόνια πόνο μπορεί να "σωματοποιούν" αποκλείοντας ψυχολογικούς παράγοντες. Οι διαταραχές σωματοποίησης απαιτούν ιστορικό σωματικών συμπτωμάτων διάρκειας πολλών ετών, που αρχίζει πριν από την ηλικία των 30 ετών και περιλαμβάνει τουλάχιστον 14 ειδικά συμπτώματα για τις γυναίκες και 12 για τους άντρες. Τα συμπτώματα αυτά δεν εξηγούνται ικανοποιητικά με φυσικές διαταραχές, κάκωση ή τοξική επίδραση.

Ο ψυχογενής πόνος είναι πόνος που δεν δημιουργείται από επώδυνο ερέθισμα και ούτε οφείλεται σε ανωμαλία του συστήματος μεταβίβασης του πόνου μπορεί να συμβεί σε ευαίσθητα άτομα. Σε ορισμένους ασθενείς ο πόνος ενδεχομένως βελτιώνει πιο δυσάρεστα αισθήματα, όπως κατάθλιψη, ενοχή ή αγωνία και αποσπά τον άρρωστο από στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Χαρακτηριστικά στοιχεία από το ιστορικό που υποδηλώνουν ένα ψυχογενές συστατικό του χρόνιου πόνου είναι πολλαπλές εντοπίσεις του πόνου σε διαφορετικούς χρόνους, προβλήματα πόνου που χρονολογούνται από την εφηβεία, πόνο χωρίς εμφανή σωματική αιτία (ιδίως στην περιοχή του προσώπου και του περιίνου), πολλές εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις, κατάχρηση ουσιών και κοινωνική ή επαγγελματική αποτυχία.

Ο ψυχογενής πόνος διακρίνεται από την προσποίηση. Όσοι προσποιούνται, ότι είναι άρρωστοι έχουν φανερό σκοπό, που εύκολα αναγνωρίζεται, μα δημιουργούν καταστάσεις όπως να διαφεύγουν από την αστυνομία, να αποφεύγουν την εργασία ή να παίρνουν χρηματικές αποζημιώσεις. Αντίθετα, οι άρρωστοι με ψυχογενή πόνο έχουν πρωταρχικό σκοπό την αρρώστια και την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Το να είναι άρρωστοι είναι ο κύριος τρόπος ζωής. Τέτοιοι ασθενείς είναι ανίκανοι να σταματήσουν να παράγουν συμπτώματα ακόμη και όταν είναι φανερό ότι δεν ωφελούν.

Η φυσική εξέταση των αρρώστων με ψυχολογικούς παράγοντες που επιδεινώνουν τον πόνο μπορεί να είναι πολύπλοκη. Ορισμένα ευρήματα ίσως να μην αντιστοιχούν με γνωστά δεδομένα ανατομίας ή φυσιολογίας. Παραδείγματα παρόμοιων ευρημάτων περιλαμβάνουν τη μυική αδυναμία εγκατάλειψης με το χέρι που δεν συμφωνεί με την παρακολούθηση του αρρώστου όταν κάθεται, στρέφεται και ντύνεται, σφικτό πιάσιμο με τρία δάχτυλα, σύσπαση των ανταγωνιστών μυών κατά την προσπάθεια κίνησης, ελαττωμένο τρόπο κατά τις διανοητικές αριθμητικές ασκήσεις, θετικό σημείο Romberg με κλειστό το ένα μάτι, απουσία δονήσεων από τη μια πλευρά της μέσης γραμμής (εγκέφαλος, στέρνο), ασυμφωνία στις χρονικά ρυθμισμένες δονήσεις όταν ελέγχεται πρώτα η προσβεβηθείσα περιοχή, λανθασμένη μέτρηση αγγαγμάτων, δυσκολία στο άγγιγμα του υγιούς άκρου με το πάσχον και μικρή διαφορά της αισθητικότητας στη μια πλευρά του σώματος. χρήσιμα νευρολογικά σημεία είναι τα εν τω βάθει, τενόντια αντανάκλαστικά, ο τόνος και η μάζα των κινητικών μυών και η πελματιαία αντίδραση.

Η παρατήρηση έχει ζωτική σημασία και η συχνή χαρτογράφηση του πόνου είναι απαραίτητη για τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς με χρόνια πόνο ακαθόριστης αιτιολογίας.

3.5 Διαγνωστικές εξετάσεις

Η διάγνωση και η κατανόηση του πόνου για τον οποίο παραπονιέται ο άρρωστος γίνεται μετά τη λήψη πλήρους ιστορικού και τη λεπτομερή φυσική εξέταση. Οι διαγνωστικές εξετάσεις χρησιμοποιούνται για να επιβεβαιώσουν τις υποψίες του γιατρού, αλλά και να βοηθήσουν στη διάγνωση.

Οι πιο συνηθισμένες εξετάσεις που χρησιμεύουν στην εκτίμηση του πόνου είναι:

Η **απλή ακτινογραφία** χρησιμοποιείται για τη διάγνωση οστικών ανωμαλιών, όπως παθολογικά κατάγματα μετά από μεταστάσεις στα οστά, παθολογικών καταστάσεων της σπονδυλικής στήλης, όπως σπονδυλολίση και σχηματισμό οστεόφυτων και όγκων των οστών. Μπορεί ακόμη να αποκαλυφθούν όγκοι των μαλακών μορίων και ανωμαλίες του εντέρου. Οι ακτινογραφίες της επώδυνης περιοχής, συνήθως έχουν ζητηθεί από το γιατρό που παραπέμπει τον ασθενή.

Η **υπολογιστική τομογραφία (CT)** χρησιμοποιείται συχνότερα για τον καθορισμό οστικών ανωμαλιών και η **μαγνητική συντονιστική απεικόνιση (MIR)** για παθολογικές καταστάσεις των μαλακών μορίων. Βοηθούν στη διάγνωση στένωσης του σπονδυλικού σωλήνα, κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου ή πρόπτωσης, συμπίεσης ρίζας νεύρου και όγκων σε όλους του ιστούς, καθώς και ορισμένων αιτίων κεντρικού πόνου, όπως εμφράγματα του ΚΝΣ.

Η **δερμογραφία** είναι ένας μη επεμβατικός τρόπος ελέγχου των θερμικών περιγραμμάτων. Το φυσιολογικό θερμικό περίγραμμα είναι συμμετρικό από τη μια πλευρά του σώματος στην άλλη. Παθολογικές καταστάσεις των ιστών που έχουν σχέση με χημικές και μεταβολικές μεταβολές δημιουργούν ανώμαλα θερμικά περιγράμματα τροποποιώντας την αγγείωση. Ορισμένα επώδυνα σύνδρομα, όπως νευροπάθειες, μυοσκελετικές, αγγειακές, σπλαγχνικές διαταραχές και διαταραχές του καρκίνου, έχουν ειδικά θερμικά περιγράμματα και μπορούν με τον τρόπο αυτό να διαγνωστούν θερμογραφικά. Συμπαθητική δυσλειτουργία, όπως στην αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία, εύκολα αναγνωρίζεται με τη θερμογραφία, αν και οι συγγραφείς δεν βρήκαν να χρησιμεύει στην αξιολόγηση των αρρώστων που πονούν.

Η **μυελογραφία** επιτυγχάνεται μετά από ένεση σκιερής ουσίας στον υπαραχνοειδή χώρο για να εντοπιστούν ανωμαλίες του νωτιαίου μυελού/σωλήνα ακτινογραφικά, όπως κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου, πρόσκρουση ρίζας νεύρου και στένωση του σπονδυλικού σωλήνα. Μεγάλα μειονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι η κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληρής μήνιγγας και ο ερεθισμός των μηνίγγων.

Ηλεκτρομυογραφία είναι η εξέταση των σκαλετικών μυών με βελονοειδή ηλεκτρόδια. Η ανώμαλη μυική δραστηριότητα, σε ηρεμία ή με την κίνηση, δείχνει αστάθεια των μυικών μεμβρανών, απονεύρωση, μυοπάθεια ή μεταβολές της κινητικής μονάδας. Οι μελέτες ταχύτητας αγωγής του νεύρου αφορούν εξετάσεις αγωγιμότητας των περιφερικών κινητικών και αισθητικών νεύρων μετά από εξωτερικό ερεθισμό. Ελέγχονται συχνότερα οι εμμύελοι νευρικές ίνες, που είναι μεγαλύτερες και έχουν ταχύτερη αγωγιμότητα. Ανωμαλίες της αγωγιμότητας παρατηρούνται σε διαταραχές της μυελίνης, στον τραυματισμό νεύρου, σε νευροπάθειες και σε μεταβολικές διαταραχές.

Στο **σπινθηρογράφημα** οστών χρησιμοποιείται ραδιενεργός ουσία για να αποκαλύψει διάφορες οστικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των νεοπλασματικών, λοιμωδών, αρθρικών, τραυματικών, νόσου Paget και αντανεκλαστικής συμπαθητικής δυστροφίας. Η ραδιενεργός ουσία συγκεντρώνεται σε περιοχές αυξημένης οστικής ανάπτυξης ή αναπλήρωσης.

Είναι μια πολύ ευαίσθητη εξέταση για λεπτές ανωμαλίες οστών, που δεν φαίνονται με τις συνήθεις ακτινογραφίες. Μελέτες μιας μόνο μονάδας νεύρου γίνονται σε λίγα κέντρα, αλλά μπορούν να καθορίσουν ανωμαλίες ειδικών τύπων ινών. Λειτουργική απεικόνιση του εγκαφάλου όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και η λειτουργική-μαγνητική συντονιστική απεικόνιση (MRI) που βρίσκεται προς το παρόν σε πειραματικό στάδιο, αλλά ίσως αποβεί χρήσιμη στο μέλλον για την αξιολόγηση των αρρώστων που πονούν.

Ο **διαγνωστικός αποκλεισμός** μπορεί να διαχωρίσει το σωματικό από το σπλαγγικό πόνο και να επιβεβαιώσει την ανατομική εντόπιση του πόνου ενός περιφερικού νεύρου. Επιπλέον καθορίζει τις πιθανές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Έλεγχος θερμικής αίσθησης. Σήμερα υπάρχουν διάφορα μηχανήματα που μπορούν να μετρήσουν την αντίδραση του πόνου στη θερμότητα και το ψύχος και να καθορίσουν τον ουδό του πόνου των θερμών και ψυχρών ερεθισμάτων. Αν και βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο, οι αναλυτές αυτοί πρέπει να χρησιμοποιηθούν πιο συχνά στο μέλλον σαν πρότυπα εκτίμησης της αντίδρασης των C και Ad ινών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΞΥΣ ΠΟΝΟΣ

4.1 Χαρακτηριστικά του οξέος πόνου

Ο οξύς πόνος είναι το σήμα που μας προειδοποιεί ότι κάτι λάθος συμβαίνει στο σώμα μας. Είναι η απαραίτητη απάντηση που βοηθά στη διατήρηση της συνοχής των ιστών από οποιαδήποτε κατάσταση που ερεθίζει τους αλγοϋποδοχείς όπως, τραύματα, λοιμώξεις, όγκους, μεταβολικά και ενδοκρινολογικά προβλήματα. Επίσης, βοηθά στη προσαρμογή και συνήθως υφίεται εφ' όσον η υποκείμενη νόσος έχει θεραπευθεί. Τα σύνδρομα οξέος πόνου έχουν συνήθως σωματική ή σπλαχνική αλγοαισθητική προέλευση, αν και νευρογενής πηγή μπορεί να εκπροσωπεί ένα στοιχείο του πόνου(π.χ οξύς έρπης ζωστήρας, τραύμα). Στην αξιολόγηση του ασθενούς με οξύ πόνο είναι σημαντικό να καθορίσουμε την προέλευση του επώδυνου ερεθίσματος. Η προέλευση του επώδυνου ερεθίσματος είναι σημαντική για τη διάγνωση και την θεραπεία της αιτίας του πόνου.

Σωματικές πηγές οξέος πόνου περιλαμβάνουν: τραύματα στο δέρμα, στους μυς, περιτονίες, οστά και αρθρώσεις. Ο σωματικός πόνος συνήθως περιγράφεται, ως οξύς, καλά εντοπιζόμενος και ευρισκόμενος στη θέση του τραύματος.

Σπλαχνικές πηγές πόνου περιλαμβάνουν: διόγκωση, διάταση, φλεγμονή και ισχαιμία του περιτοναίου, κοίλων οργάνων της κοιλίας και της πυέλου, της κάψας συμπαγών οργάνων, του υπεζωκότα, του μυοκαρδίου και του περικαρδίου. Ο σπλαχνικός πόνος δεν εντοπίζεται καλά, είναι αναφερόμενος σε άλλες θέσεις από αυτές της βλάβης και περιγράφεται με όρους όπως αμβλύς, σπασμωδικός, κωλικοειδής.

Μη ελεγχόμενος οξύς πόνος μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές αρνητικές φυσιολογικές δράσεις που περιλαμβάνουν διαταραχές από το αναπνευστικό, καρδιαγγειακό και γαστρεντερικό σύστημα από τον μηχανισμό πήξης, από τους νεφρούς καθώς από την λειτουργία του συμπαθητικού και κεντρικού νευρικού συστήματος.

Παρά την πρόοδο στη γνώση των μηχανισμών και της θεραπείας πόνου, ο οξύς πόνος σήμερα δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς. Αυτό οφείλεται εν μέρη στην έμφαση που δίνει η ιατρική στη διάγνωση και θεραπεία των αιτιολογικών παραγόντων παρά την συμπτωματική αγωγή. Παρ' όλα αυτά, η αντιμετώπιση του πόνου, θα πρέπει να ξεκινά, πριν την ειδική διάγνωση. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου, μπορεί να βελτιώσει την συνεργασιμότητα του ασθενούς στις διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις και να επιτρέψει τον καθορισμό της διάγνωσης.

Η τιτλοποίηση μικρών δόσεων οπιοειδών , ή τοπική διήθηση ή νευρικός αποκλεισμός με τοπικά αναισθητικά μπορεί να ανακουφίσουν και να βελτιώσουν την νεργασιμότητα του ασθενούς. Προσπαθώντας όμως να βελτιώσουμε τον ασθενή θα πρέπει να προσέχουμε ώστε να είναι συνετή η προσφορά αναλγησίας, χωρίς να αποκρύπτουμε τη διάγνωση της πρωτογενούς παθολογίας. Αυτή η ισορροπία είναι δύσκολο να επιτευχθεί και απαιτεί επιλεκτικότητα και ευλυγισία με τις θεραπευτικές επιλογές όπως επίσης και στενή επικοινωνία με τον ασθενή και τα άλλα μέλη της ιατρικής ομάδας.

4.2 Συνήθη σύνδρομα οξέος πόνου

- Μετεγχειρητικός πόνος
- Τραύμα
- Έγκαυμα
- Οξύς έρπης ζωστήρας
- Τοκετός
- Δρεπανοκυτταρική αναιμία
- Καρκίνος
 - ο Κεφαλαλγία
 - ο Μυοσκελετική: Μυική τάση
 - ο Αγγειακή : ημικρανία, ανεύρυσμα
 - ο Σύμπλοκη
- Θωρακικός πόνος
 - ο Στηθάγχη/ισχαιμία
 - ο Οισοφαγίτης/παλινδρόμηση
 - ο Πλευριτικός πόνος :πνευμονία, φλεγμονή, συλλογή
- Κοιλιακός πόνος
 - ο Παγκρεατίτις
 - ο Οξεία κοιλία: διάτρηση, απόφραξη
 - ο Ανεύρυσμα: Διαχωρισμός, ρήξη
 - ο Κωλικός νεφρού
- Νευρογενής πόνος
 - ο Δισκοκήλη
 - ο Συμπίεση νεύρου
- Ισχαιμικός πόνος
- Μυοσκελετικός

Ο μυοσκελετικός συμπίπτει μετά την διέγερση των αλγοϋποδοχέων στο δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τους συνδέσμους, και τα οστά. Ο πόνος είναι συνεχής, διαπεραστικός, σαφώς εντοπιζόμενος και συνοδεύεται συχνά από ένα αίσθημα παλμών (throdding). Οι πιο συχνές αιτίες που δημιουργούν μυοσκελετικό πόνο στο θώρακα είναι η κοστοχονδρίτιδα, το οξύ μυοπεριτονιακό σύνδρομο και τα κατάγματα πλευρών.

Η κοστοχονδρίτιδα ονομάζεται και πλευροστερνικό σύνδρομο, ή πλευροστερνική χονδροδυνία .Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες και αφορά τις στερνοπλευρικές συγχορδώσεις από την 2η - 5η, συνήθως μία και λιγότερο συχνά δύο ή τρεις. Συνηθέστερα η προσβολή αφορά μόνο το ένα πλάγιο, κυρίως το αριστερό. Από άποψη παθογένειας συσχετίζεται με μηχανική καταπόνηση του θωρακικού τοιχώματος π.χ. έντονη προσπάθεια για σήκωμα και μεταφορά φορτίων, παρατεταμένα επεισόδια βήχα κ.α.

Παθολογοανατομικά έχει αναφερθεί λεμφοκυτταρική διήθηση του χόνδρου και του γύρω από το χόνδρο συνδετικό ιστό. Κλινικά εκφράζεται με αιφνίδιο ή προοδευτικής έναρξης πόνο στην περιοχή των στερνοπλευρικών συγχορδώσεων που πάσχουν. Ο πόνος πιθανόν να επιδεινωθεί στη βαθιά εισπνοή ή το βήχα. Συχνά αντανακλά στο υπόλοιπο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και πιθανόν στο λαιμό ή στο βραχίονα,

δημιουργώντας έτσι διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με τον πόνο της ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Η ειδική για το σύνδρομο εκδήλωση είναι αυτή της ευαισθησίας και της αναπαραγωγής του πόνου κατά την ψηλάφηση μιας ή περισσότερων στερνοπλευρικών συγχωρδώσεων.

Η θεραπεία συνίσταται στην εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων, χορήγηση αναλγητικών και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, τοπική έγχυση τοπικού αναισθητικού μαζί με κορτικοστεροειδές, καθώς και μεσοπλεύριοι αποκλεισμοί.

Το οξύ μυοπεριτονιακό σύνδρομο. Δεν εμφανίζεται μόνο στους μυς του θώρακα, αλλά σε οποιονδήποτε σκελετικό μη ή στην περιτονία του. Χαρακτηρίζεται από πόνο που προέρχεται από τους μυς και οφείλεται στην παρουσία των λεγομένων "trigger points" δηλ. σημείων πυροδότησης πόνου.

Οι μηχανισμοί που οδηγούν στην εμφάνιση των σημείων πυροδότησης πόνου είναι πιθανόν ο τραυματισμός μυικών ινών που οδηγεί σε μη ελαγχόμενο μεταβολισμό και απελευθέρωση αγγειονευροδραστικών ουσιών (ισταμίνη, σεροτονίνη, προσταγλανδίνες κ.λ.π.) που οδηγούν σε ισχαιμία. Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο μπορεί να προκύψει από τη δράση διαφόρων ερεθισμάτων, όπως απότομη κίνηση, έντονη μυική καταπόνηση, ψύξη του μυός ή τραυματισμό του μυός. Ο πόνος είναι αμβλύς, βαθύς, επίμονος και αναπαράγεται με την πίεση των trigger points και πολλές φορές γίνεται αισθητός και σε κάποια απόσταση.

Οι μυς του θώρακα στους οποίους συνήθως αναπτύσσεται μυοπεριτονιακό σύνδρομο, είναι ο μείζονος θωρακικός, ο ελάσσονος θωρακικός, ο στερνικός, ο οδοντωτός, ο λαγονοπλευρικός, ο ρομβοειδής και οι μεσοπλεύριοι μυς.

Η θεραπεία συνίσταται στην παθητική έκταση μετά από ψύξη, στην διήθηση των trigger points με τοπικό αναισθητικό και στην φαρμακευτική αγωγή ήπια ή με ισχυρά αναλγητικά.

Κατάγματα πλευρών. Το κάταγμα μιας ή περισσότερων πλευρών είναι από τις πιο συχνές αιτίες οξέος μυοσκελετικού πόνου στο θώρακα. Το κάταγμα μπορεί να προέλθει από τραύμα, ή να είναι παθολογικό κάταγμα μετά από οστεοπόρωση ή μεταστατικό καρκίνο. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση αναλγητικών, μεσοπλευρίων αποκλεισμών, και στην περίπτωση που τα κατάγματα περιλαμβάνουν πάνω από 3 πλευρές συνίσταται η θωρακική επισκληρίδιος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Καθορίζεται ως πόνος που είναι επίμονος και αποδίδεται σε μια φυσική αιτία, ενώ διαρκεί περισσότερο από τη φυσιολογική περίοδο θεραπείας. Συνήθως οι ασθενείς με χρόνια πόνο έχουν υποστεί εκτεταμένη ιατρική αξιολόγηση και υποβλήθηκαν σε πολλές ιατρικές, συναισθησιολογικές και χειρουργικές παρεμβάσεις χωρίς σημαντική βελτίωση. Είναι ένα πολυδιάστατο πρόβλημα που συχνά οδηγεί σε σημαντική αποδιοργάνωση της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Πολλοί ασθενείς αισθάνονται απομονωμένοι στη δυστυχία τους. Οι άρρωστοι αυτοί είναι συνήθως απογοητευμένοι με τους γιατρούς τους και οι γιατροί μπορεί να αισθάνονται ανήμποροι, γιατροί έχουν ελάχιστα να τους προσφέρουν. Βιώνουν αυτό που κοινά αναφέρεται ως σύνδρομο χρόνιου πόνου´ και μπορεί να είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για πολυεπιστημονικό ή διεπιστημονικό πρόγραμμα αντιμετώπισης του πόνου.

5.1 Αντιμετώπιση

Πολυεπιστημονική και διεπιστημονική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του πόνου.



Είναι μια προσπάθεια συνεργασίας διαφόρων επιστημονικών ομάδων για να θεραπεύσουν τον ασθενή που υποφέρει από χρόνια πόνο. Η διεπιστημονική ομάδα

μπορεί να αποτελείται από διάφορους ιατρικούς επιστημονικούς κλάδους, μια ψυχοκοινωνική ομάδα, ειδικούς για την αποκατάσταση και ένα διευθυντή για να συντονίσει την εκτίμηση, τους στόχους της θεραπείας και να προγραμματίσει την έξοδο του ασθενούς. Δεν χρειάζονται όμως απαραίτητα όλοι οι άρρωστοι με χρόνια πόνο ένα πλήρες πρόγραμμα αντιμετώπισης του πόνου.

Οι ασθενείς που παραπέμπονται σε ένα τέτοιο πρόγραμμα ως εσωτερικοί ή ως εξωτερικοί βιώνουν μια ανικανότητα σε πολλές πλευρές της ζωής τους, π.χ. σωματικά, συναισθηματικά, επαγγελματικά, διαπροσωπικά. Τα άτομα αυτά δεν μπορούν να διαχωρίσουν τη ζωή τους και τους εαυτούς τους από την εμπειρία του πόνου.

Άτομα κατάλληλα για ένα πλήρες πρόγραμμα αποκατάστασης του πόνου είναι αυτοί που έχουν σκοπό να σπάσουν τον κύκλο αποπροσαρμογής και να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, παρά αυτοί που επικεντρώνονται στην πλήρη ανακούφιση του πόνου. Ο κάθε άρρωστος που μπορεί να ευεργετηθεί από αυτό το πρόγραμμα δεν χρειάζεται όλες τις υπηρεσίες που του προσφέρει ο κάθε επιστημονικός κύκλος.

Πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη οι ατομικές διαφορές και οι ανάγκες του κάθε ασθενούς, αλλιώς η εξυπηρέτηση θα είναι κακή και θα προάγει τη λανθασμένη άποψη της ομοιογένειας του αρρώστου που πονάει. Οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας πρέπει να συμπεριλάβουν την καθιερωμένη ιατρική θεραπεία ως μέρος της διεπιστημονικής αποκατάστασης του χρόνιου πόνου, εφόσον χρειάζεται. Για παράδειγμα, η χρήση των οπιοειδών αναλγητικών μπορεί να δικαιολογείται σε έναν αριθμό ασθενών με χρόνια πόνο. Σε άλλες όμως περιπτώσεις, ο άρρωστος ίσως ωφεληθεί από έναν περιοχικό αποκλεισμό ως συμπλήρωμα της συμμετοχής στο πρόγραμμα αποκατάστασης του χρόνιου πόνου.

5.2 Σύνδρομο χρόνιου πόνου

Άλλη μια φορά έχει σημασία να τονιστεί ότι όλοι οι ασθενείς με χρόνια πόνο δεν πάσχουν από το κλασικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μια σειρά απροσάρμοστων τύπων συμπεριφοράς με συναισθηματικές επιπτώσεις, που καταλήγουν στην αποδιοργάνωση της ζωής. Τυπικά αναφέρεται ως "συμπεριφορά πόνου" ή "συμπεριφορά νόσου" και μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής: αναζήτηση γιατρού, απαίτηση για πρόσθετες διαγνωστικές δοκιμασίες, επιδίωξη χειρουργικών παρεμβάσεων, χρησιμοποίηση μεγάλων δόσεων οπιοειδών, οίνοπνεύματος ή φαρμάκων αναψυχής για να ανακουφίσουν τον πόνο, απομόνωση από την οικογένεια και τους φίλους και αποξένωση από άλλα με τη συνεχή προσκόλληση στον πόνο τους, άκαρπες ικανότητες επικοινωνίας, διαταραχή του ύπνου και στις περισσότερες περιπτώσεις γενική υπεραπασχόληση του συστήματος φροντίδας υγείας.

Εκτός από αυτούς τους έκδηλους τύπους συμπεριφοράς, συνυπάρχουν συναισθηματικές εμπειρίες με κατάθλιψη, άγχος, αίσθημα ανικανότητας και απελπισίας, απογοήτευση, έλλειψη αυτοεκτίμησης, φόβοι για το μέλλον, τάση για αυτοκτονία και σε ορισμένες περιπτώσεις πραγματική απόπειρα αυτοκτονίας. Αυτά τα ανάμικτα αισθήματα και οι συμπεριφορές αναφέρονται σωστά σαν πόνος-που γυρίζει. Όταν αυτή η συμπεριφορά εντοπίζεται, ο στόχος είναι φανερός. Ο ασθενής με χρόνια πόνο πρέπει να σπάσει αυτό τον κύκλο και να τον αντικαταστήσει με ένα προσαρμοσμένο τρόπο ζωής.

Προβλέψεις για το χρόνια πόνο

Τα άτομα που βιώνουν το σύνδρομο του χρόνιου πόνου αναγνωρίζονται αρκετά αργότερα, όταν πλέον παγιδευτούν στον κύκλο αυτό. Θα ήταν λοιπόν χρήσιμο να ληφθούν υπόψη ειδικές παράμετροι ως πιθανές προβλέψεις. Για παράδειγμα, η ψυχολογική κατάσταση πριν από τη νόσο ή η προϋπάρχουσα προσωπικότητα μπορεί να βοηθήσουν στον προσδιορισμό του κινδύνου που διατρέχει ένα άτομο να αναπτύξει αυτόν τον τύπο. Άτομα που μπορεί να έχουν ένα ιστορικό κατάθλιψης, άγχους ή που ίσως δεν θεραπεύτηκαν από μια μετατραυματική διαταραχή stress είναι

πιο επιρρεπή σε σοβαρή αποδιοργάνωση της ζωής μετά από την έναρξη του χρόνιου πόνου. Επιπλέον, άτομα με διαταραχές προσωπικότητας που μπορούν να διαγνωστούν, όπως με οιστριονικές ή μεταιχμιακές καταστάσεις, δεν έχουν μόνο μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν τον κύκλο του χρόνιου πόνου, αλλά έχουν επίσης και κακή πρόγνωση θεραπείας με ένα πρόγραμμα αυτό-διαχείρισης της αποκατάστασης του πόνου. Ακόμη, οι ασθενείς αυτοί μπορεί να αποδιοργανώνουν ένα πρόγραμμα όπου το περιβάλλον αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας.

Μια λιγότερο πολύπλοκη, αλλά, παρά ταύτα, σημαντική παραλλαγή που πρέπει να ληφθεί υπόψη, είναι η ικανότητα ενός ατόμου να ανταπεξέρχεται στις δυσκολίες της ζωής του. Ένας άνθρωπος που έμαθε και είχε την ικανότητα για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του χρόνιου πόνου και επομένως δεν κινδυνεύει από τον τύπο αυτό της ανικανότητας. Ένα άτομο, όμως, που έπαιρνε πολλές ουσίες, μπορεί να καταφύγει πάλι στο οινόπνευμα ή στα φάρμακα ψυχαγωγίας ή ακόμη να κάνει κατάχρηση συνταγών των οπιοειδών για να αντιμετωπίσει τον πόνο και επομένως διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο. Άλλοι παράγοντες που δεν πρέπει να αγνοούνται περιλαμβάνουν τα οικογενειακά συστήματα, τις κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους και τις εθνικές πολιτισμικές διαφορές. Παρόλο ότι είναι κρίσιμοι καθοριστικοί παράγοντες στην κατανόηση της αντίληψης και της έκφρασης του πόνου, δεν έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για να κατανοηθεί ο τρόπος που επηρεάζουν την εμπειρία του χρόνιου πόνου.

Πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν αυτούς τους απροσάρμοστους τύπους, γιατί είναι ανίκανοι να παραδεχτούν ότι η φύση του πόνου είναι χρόνια. Ορισμένοι μπλέκονται σε έναν κύκλο θυμού για οποιονδήποτε πιστεύουν ότι φταίει, όπως το σύστημα φροντίδας υγείας ή όποιος άλλος από το περιβάλλον τους που δεν υποφέρει. Αυτά τα άτομα είναι ανίκανα να προχωρήσουν και να βελτιώσουν τη ζωή τους παρά τον πόνο τους, αλλά αντίθετα ψάχνουν για κάποιο υπεύθυνο που πρέπει να πληρώσει για τη δυστυχία τους. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι ασθενείς πιστεύουν ότι αυτοί οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι για τη δυσάρεστη θέση τους και ότι ο πόνος και η ταλαιπωρία είναι δικό τους σφάλμα. Έχουν τη τάση να βλέπουν καταστροφές σε όλες τις καταστάσεις και αισθάνονται τρομερή ενοχή για τον πόνο τους, αντιλαμβάνονται ότι είναι τελειώς άχρηστοι και όλα αυτά αντανακλούν στους γύρω τους. Το γεγονός παραμένει, ωστόσο, ότι σε ορισμένους ασθενείς το σύστημα έχει αποτύχει και έχουν δοθεί αντιφατικές πληροφορίες από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που παίρνει οπιοειδή με συνταγή, μπορεί αργότερα να αναφέρεται ως "τοξικομανής". Ένα άλλο πιο συνηθισμένο παράδειγμα είναι ο ασθενής που οι θεράποντες γιατροί του υπαινίσσονται ότι ο πόνος είναι όλος μέσα στο κεφάλι του. Και στις δυο περιπτώσεις αυτά συμβάλλουν στη δημιουργία αμφιβολίας του αρρώστου για τον εαυτό του και ευθύνονται για την καταστροφή του θεραπευτικού δεσμού μεταξύ ασθενούς και του λειτουργού υγείας. Με αποτέλεσμα, ο άρρωστος να αισθάνεται ότι δεν έχει πού αλλού να στραφεί.

Περίληπτικά, άτομα που υποφέρουν από το σύνδρομο του χρόνιου πόνου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ωφεληθούν από μια πολυδιάστατη παρά μονοδιάστατη θεραπευτική προσέγγιση. Η φιλοσοφία των προγραμμάτων βασίζεται στην αυτό-διαχείριση που λαμβάνει υπόψη τις ατομικές διαφορές καθώς και τις γενικές ομοιότητες του πληθυσμού των ασθενών αυτών. Παρέχοντας αυτή την ευέλικτη και εκτεταμένη προσέγγιση και ολοκλήρωση των υπηρεσιών, είναι απαραίτητο ο ασθενής

να αναλάβει μεγαλύτερη υπευθυνότητα για την ημέρα με την ημέρα αντιμετώπιση της ζωής του.

5.3 Αξιολόγηση του ασθενούς

Παρά τον καθορισμό της ομάδας του πληθυσμού με χρόνια πόνο που θα ακολουθήσει ένα πολυεπιστημικό ή διεπιστημονικό πρόγραμμα αποκατάστασης, η προσεκτική εκτίμηση είναι κρίσιμη. Κατά την αξιολόγηση θα εντοπιστούν ασθενείς που έχουν συμπεριφορά και αισθήματα ενδεικτικά του κύκλου του χρόνιου πόνου και οι οποίοι τελικά θα αποδεχτούν τη χρονιότητα της επώδυνης κατάστασής τους. Οι άρρωστοι αυτοί μπορεί να έχουν εξαντλήσει όλα τα ιατρικά πρότυπα θεραπείας και να δεχτούν το πρωτόκολλο της αυτό-διαχείρισης.

Για να επιλεγούν οι άρρωστοι που είναι κατάλληλοι να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα αποκατάστασης του χρόνιου πόνου, χρησιμοποιείται ένας πολυπαραγοντικός έλεγχος. Όταν παραπέμπεται ο ασθενής, αρχικά εξετάζεται από έναν παθολόγο, αν και η φυσιολογική αιτιολογία του πόνου έχει συνήθως σαφώς καθοριστεί από καιρό. Στο δεύτερο βήμα της αξιολόγησης ο ασθενής εξετάζεται από έναν ψυχολόγο ή ψυχίατρο για να εκτιμηθεί ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών θεμάτων. Κατά την εξονυχιστική αυτή συνέντευξη λαμβάνεται πλήρες ιστορικό και ο άρρωστος παρακολουθείται προσεκτικά. Επιπλέον, προφορικές και γραπτές μετρήσεις αυτοαξιολόγησης καθώς και πιο αντικειμενικά εργαλεία εκτίμησης μπορεί να χρησιμοποιηθούν ανάλογα με την κρίση του εξεταστή.

Εργαλεία, μέσα εκτίμησης

Χρησιμοποιούνται συνήθως **ερωτηματολόγια αυτό-αξιολόγησης** και **βαθμονομικές κλίμακες** για να αντλήσουν πληροφορίες σχετικά με την αντίληψη και την εμπειρία του πόνου του αρρώστου.

- **Ερωτηματολόγιο πόνου του McGill.** Εφοδιάζει τον εξεταστή με περιγραφικές μετρήσεις την αντίληψης και της εμπειρίας του πόνου του αρρώστου, που στη συνέχεια εκτιμώνται και ποσολογούνται. Αυτό το ερωτηματολόγιο βοηθάει στον καθορισμό τύπων συμπεριφοράς που μπορεί να συμβάλλουν στον κύκλο του χρόνιου πόνου.
- **Ερωτηματολόγιο στρατηγικής αντιμετώπισης και η δοκιμασία κατάθλιψης του Beck.** Αφού η νοητική δραστηριότητα αντιμετώπισης του πόνου φαίνεται να συσχετίζεται με το σύνδρομο του χρόνιου πόνου, θα ωφελούσε να προηγηθεί η εκτίμηση της πριν γίνει δεκτός ο άρρωστος στο πρόγραμμα αποκατάστασης του πόνου. Το BDI είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται στους αρρώστους με χρόνια πόνο, επειδή η κατάθλιψη συμμετέχει στον απροσάρμοστο κύκλο του πόνου και της ανικανότητας.
- **Δείκτης Ανικανότητας του Πόνου και Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Νόσου.** Ο ΡΙΕ χρησιμεύει στην εκτίμηση της συμπεριφοράς πόνου των ασθενών καθώς και του επιπέδου ανικανότητας που παρατηρείται. Το IBQ

ελέγχει την ψυχοκοινωνική απελπισία των ασθενών και προσδιορίζει την παρουσία μειωμένης ικανότητας αντιμετώπισης.

- **Sickness Impact Profile.** Το ερωτηματολόγιο αυτό μετράει το επίπεδο της λειτουργίας σε ένα δείγμα ασθενών με χρόνια πόνο. Το πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο πόνου βοηθάει στην ταξινόμηση των ασθενών σε ένα από τα επίπεδα αυτά – δυσλειτουργίας, διαπροσωπικής απελπισίας και ελάχιστης προσαρμοστικής δυνατότητας. Το Mpi μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση της ψυχοκοινωνικής απελπισίας και επομένως να προσδιορίσει αν ο άρρωστος είναι κατάλληλος για το πρόγραμμα αποκατάστασης του χρόνιου πόνου.
- **Πολυπαραγοντική δοκιμασία προσωπικότητας της Μινεσότα.** Αυτή η δοκιμασία πιθανώς να είναι χρήσιμη όταν αμφισβητείται η σωματική αιτιολογία, όταν το επίπεδο της σωματικής ανικανότητας υπερβαίνει κατά πολύ την ιατρική διάγνωση ή όταν υπάρχει ένα πρόβλημα ψυχοπαθολογίας που ίσως να συμβάλλει στη νόσο ή να παρεμβαίνει στην ικανότητα του ασθενούς να οφείλεται από το πρόγραμμα αυτό-διαχείρισης. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη φάση εκτίμησης περιλαμβάνουν την ανταπόκριση της οικογένειας στον ασθενή με χρόνια πόνο, αν ο ασθενής έχει δευτερεύοντα οφέλη και αν προσποιείται τον άρρωστο. Τελευταία, οι κλινικοί ιατροί έχουν επικεντρωθεί στην PTSD με την έννοια της πρόωρης σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης στη παιδική ηλικία και στη συσχέτιση με την ανάπτυξη του συνδρόμου του χρόνιου πόνου.

Επίπεδο κινήτρων

Εκτός από τα προαναφερθέντα εργαλεία και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να εκτιμηθεί η ικανότητα του ασθενούς να ακολουθήσει το πρόγραμμα αποκατάστασης του χρόνιου πόνου, κάτι που πολλοί κλινικοί θεωρούν το πιο σημαντικό κριτήριο για την επιλογή του, είναι το επίπεδο των κινήτρων. Εφόσον αυτό το είδος της θεραπείας επικεντρώνεται σε τεχνικές αυτό-διαχείρισης επιβάλλεται να έχει ο ασθενής την επιθυμία και να είναι έτοιμος να καθορίσει εκ νέου τη ζωή του με την παρουσία του πόνου. Οι παράμετροι των κινήτρων είναι πιο δύσκολο να εκτιμηθούν πρωτόπειρο εξεταστή.

Για παράδειγμα, κατά την αξιολόγηση όταν ερωτηθεί, για τους στόχους του, ο ασθενής μπορεί να αναφωνήσει θέλω να ξαναβρώ τη ζωή μου. Στο σημείο αυτό πρέπει να προσδιοριστεί αν ο άρρωστος είναι έτοιμος να σπάσει τον απροσάρμοστο κύκλο και να τον αντικαταστήσει με μια θετική αλλαγή του τρόπου ζωής ή αν χρειάζεται πλήρη ανακούφιση του πόνου πριν προσπαθήσει να ξαναρχίσει ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής. Αν ο στόχος του είναι η πρώτη περίπτωση, τότε πρέπει να ερωτηθεί για τα βήματα που είναι διατεθειμένος να ακολουθήσει πριν φτάσει αυτό το στόχο και αν επιθυμεί να εργαστεί πάνω σε ένα τέτοιο πρόγραμμα.

5.4 Θεραπεία

Διεπιστημονική προσέγγιση

Λόγω της φύσης του συνδρόμου του χρόνιου πόνου, η επιτυχής συνέντευξη συνήθως χρειάζεται τη συντονισμένη προσπάθεια μιας διεπιστημονικής ομάδας θεραπείας. Πράγματι, το μοντέλο της ομάδας συνεργασίας και παρέμβασης αποτελεί τη θεραπεία επιλογής του πληθυσμού των ασθενών αυτών. Τα περισσότερα διεπιστημονικά προγράμματα των νοσηλευόμενων όσο και των εξωτερικών ασθενών παρέχουν μια συγχώνευση διαφόρων υπηρεσιών. Ωστόσο, έχουν μια φιλοσοφική ομοιότητα προσέγγισης, με γενική έμφαση στα ψυχοκοινωνικά στοιχεία και στο σύνολο της γνωσιακής συμπεριφοράς.

Η commission on accreditation of rehabilitation facilities συνιστά ότι μια διεπιστημονική ομάδα θεραπείας πρέπει να αποτελείται από έναν πυρήνα προσωπικού ενός ή περισσότερων παθολόγων, ψυχολόγου ή ψυχιάτρου και ενός φυσιοθεραπευτή. Παρόλο ότι μεταξύ του προσωπικού μπορεί να διαφέρουν οι δυνατότητες θεραπείας, η κοινή γραμμή φαίνεται ότι είναι η μέθοδος εργασίας της ομάδας θεραπείας, με τον άρρωστο στο κεντρικό μέλος αυτής της ομάδας. Εφόσον έγινε δεκτός στο διεπιστημονικό πρόγραμμα αντιμετώπισης του πόνου, δίνοντας έμφαση στην πλήρη απαλλαγή και σε ένα πρόγραμμα μόνιμης και συνεχούς παρακολούθησης που θα βοηθήσει στην πρόληψη υποτροπής.

Άλλοι ειδικοί συνεργάτες που συμπεριλαμβάνονται στη διεπιστημονική ομάδα θεραπείας είναι εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, σύμβουλοι αντιμετώπισης του stress, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, φυσιολόγοι ασκήσεων, νοσηλεύτριες και ένας διευθυντής.

Άσχετα από τη διεύθυνση μιας συγκεκριμένης ομάδας θεραπείας,

οι γενικοί στόχοι της αποκατάστασης του ασθενούς με χρόνια πόνο είναι:

- Να μάθει να ανταπεξέρχεται και να προσαρμόζεται καλύτερα με το χρόνια πόνο (μέσω θετικής επικοινωνίας, μεθόδων χαλάρωσης).
- Να ελαττώσει την κατάχρηση ή εξάρτηση από τα οπιοειδή.
- Να μάθει εναλλακτικές μεθόδους και τρόπους για τη μείωση του πόνου (μάλαξη με πάγο, θερμότητα, διαλογισμός).
- Να βελτιώσει την ολική λειτουργικότητα τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική (μέσω κατάλληλων μηχανισμών του σώματος, χαλάρωσης, ελάττωσης της κατάθλιψης και του άγχους).
- Να επικεντρωθεί σε στόχους βελτίωσης της εξαρτημένης μάθησης αντί να προσπαθεί να εξαλείψει τελείως τον πόνο.
- Να ελαττώσει τη μυϊκή ένταση και να αλλάξει την απάντηση στο stress για να προλάβει την επιδείνωση του πόνου (μέσω βιοανατροφοδότησης, διαφραγματικής αναπνοής, μειωμένης προστασίας των μυών).
- Να αποφεύγει την απομόνωση και να προωθήσει την κοινωνικότητα και την επαφή με την οικογένεια και τους φίλους (μέσω συνεργασίας με τις κοινωνικές υπηρεσίες).

- Να αλλάξει την αντίληψη του πόνου και αυτά που πιστεύει μειώνοντας την αρνητική και καταστροφική προοπτική (μέσω αναδόμησης της γνωσιακής λειτουργίας, ενθάρρυνσης).
- Να περιορίσει την απασχόληση του συστήματος φροντίδας υγείας.
- Να επιστρέψει στην εργασία του όσο το δυνατόν ταχύτερα.

Ένα υπόδειγμα διεπιστημονικού προγράμματος αντιμετώπισης του πόνου περιλαμβάνει την εφαρμογή των προαναφερθέντων αντικειμενικών στόχων μέσα σε περιορισμένο χρόνο ατομικής και ομαδικής θεραπείας. Η ατομική θεραπεία με τη φυσική και την επαγγελματική θεραπεία βοηθάει τον ασθενή να θέσει και να φθάσει ρεαλιστικούς στόχους ειδικούς για τις ανάγκες του ατόμου. Τα προγράμματα ασκήσεων έχουν τεθεί από τον άρρωστο ή τον εργοθεραπευτή του. Ο ασθενής μπορεί να μάθει να χρησιμοποιεί μια μέθοδο, όπως η μάλαξη με πάγο λίγο πριν από την θεραπευτική προπόνηση. Επιπλέον, μπορεί να μάθει να ασκείται με τις τεχνικές της διαφραγματικής αναπνοής που διδάσκονται όλη την ημέρα από το σύμβουλο χειρισμού του stress κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων. Έχει σημασία οι θεραπευτές να γνωρίζουν τους στόχους αντιμετώπισης του πόνου εξασφαλίζοντας σταθερότητα και συνέχιση της φροντίδας.

Η ατομική θεραπεία παρέχεται επίσης από την ψυχοκοινωνική ομάδα. Οι ψυχίατροι είναι υπεύθυνοι για το χειρισμό των ψυχοδραστικών φαρμάκων και δίνουν συμβουλές στην ομάδα για τους ασθενείς που είναι περισσότερο ευάλωτοι από ψυχιατρικής πλευράς. Οι ψυχολόγοι έχουν στενή συνεργασία με τους ασθενείς για να τους βοηθήσουν να ανακουφιστούν από την κατάθλιψη και επικεντρώνονται στην αναδόμηση των απόψεων τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θεραπεύουν τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, αφού ο κύκλος δεν επιδρά μόνο στους ασθενείς αλλά και σε όσους είναι γύρω τους. Ο επαγγελματικός σύμβουλος εργάζεται σε εξατομικευμένα προγράμματα επιστροφής στην εργασία. Αυτός είναι ένας σημαντικός στόχος και συχνά ένας για τον οποίο αντιδρούν οι ασθενείς.

Ομαδικές συγκεντρώσεις

Οι ομαδικές συγκεντρώσεις αποτελούν ένα ενιαίο τμήμα κάθε προγράμματος αντιμετώπισης. Εκτός από τη διατήρηση του κόστους-αποτελέσματος, οι ομάδες χρειάζονται για να ενισχύσουν τη σημασία του περιβάλλοντος παρέχοντας την ευκαιρία στους ασθενείς να δεχτούν την ανατροφοδότηση, να αισθανθούν υποστήριξη και να μάθουν από άλλους που υποφέρουν από χρόνια πόνο. Οι ομάδες μπορεί να είναι στην ουσία διδακτικές ή εκπαιδευτικές. Παραδείγματα παρόμοιων ομάδων που ακολουθούν τα προγράμματα αντιμετώπισης του πόνου περιλαμβάνουν κοινωνικές ικανότητες και θετικότητα, χειρισμό του stress και διαλογισμό, εκπαίδευση της οικογένειας, εξάσκηση των ικανοτήτων, κατάχρηση ουσιών και θεραπευτικές ομάδες για τη στάση του σώματος, μηχανική του σώματος και διατροφή. Άλλες ομάδες που διαθέτουν έναν ψυχοκοινωνιολόγο μπορεί να είναι στην ουσία περισσότερο ψυχοθεραπευτικές, ώστε οι ασθενείς να μοιράζονται τα αισθήματά τους και να ενθαρρύνουν και να παρηγορούν ο ένας τον άλλο. Σε κάθε περίπτωση, οι ομάδες παρέχουν πρόσθετες ευκαιρίες μάθησης και προσφέρουν σημαντική βοήθεια στο πρόγραμμα αντιμετώπισης του πόνου.

Εναλλακτικές θεραπείες

Εκτός από τις πιο καθιερωμένες μεθόδους θεραπείας, η χρήση “εναλλακτικών” θεραπειών κερδίζει μεγαλύτερη αναγνώριση στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Ο βελονισμός έχει πρόσφατα καθοριστεί στη βιβλιογραφία ως μια αποτελεσματική θεραπεία επιλογής.

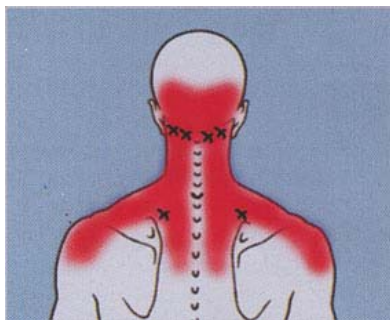
Λεδομένα έκβασης

Ο γενικός στόχος της αποκατάστασης του χρόνιου πόνου είναι η βοήθεια των ατόμων να ανακτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους παρά την παρουσία του χρόνιου πόνου. Τα πολυεπιστημονικά και διεπιστημονικά προγράμματα αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο για την αποτελεσματική θεραπεία στους περισσότερους από τους ασθενείς αυτούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΠΩΔΥΝΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

6.1 ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ορισμός



Το Αυχενικό σύνδρομο είναι μια κατάσταση, η οποία είναι γνωστή σε όλους μας ως «πάθηση» αλλά στην ουσία δεν είναι, περιγράφει σειρά δυσλειτουργιών που προκαλούν που προκαλούν πόνο, δυσκαμψία, ζαλάδες, μούδιασμα κ.α

Συγκεκριμένα ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις παθήσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης(ευθιασμός) όπως αυχενική σπονδυλαρθρίτιδα. Η κατάργηση της λόρδωσης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης που οφείλεται στον τρόπο εργασίας και καθημερινής ζωής(κομπιούτερ στο γραφείο)είναι η πιο συχνή αιτία εμφάνισης του αυχενικού συνδρόμου μετά τα τροχαία ατυχήματα και την χρήση κλιματιστικών.

Κλινική εικόνα

Με τον όρο, αυχενικό σύνδρομο εννοούμε τα μηχανικής - εκφυλιστικής αιτιολογίας σύνδρομα της ΑΜΣΣ που εκδηλώνονται με τα παρακάτω κλινικά συμπτώματα σε συνδυασμό ή μεμονωμένα:

- 1.Χρόνια ή υποτροπιάζουσα αυχεναλγία.
2. Ινιαλγία ή αυχενογενής κεφαλαλγία.
3. Αυχενική μυελοπάθεια ή ριζαλγία.
4. Επάρκεια σπονδυλοβασικής αρτηρίας.
5. Διαταραχές ισορροπίας (αστάθεια, ζάλη, ίλιγγος).

Αυχενικά σύνδρομα μηχανικής αιτιολογίας

- Σύνδρομο κακής στάσης
- Σύνδρομο μηχανικής αστάθειας
- Αυχενική δισκαρθροπάθεια-σπονδύλωση
 1. Υποφυσιακή οστεοαρθρίτιδα(αυχεναλγία)
 2. Κεντρική στένωση(μυελοπάθεια)
 3. Πλάγια στένωση(ριζοπάθεια)

Κάθε λοιπόν μηχανικό ή εκφυλιστικό νόσημα της ΑΜΣΣ είναι αυχενικό σύνδρομο με την ευρύτερη έννοια γιατί εμπεριέχει τη δυνατότητα εξέλιξης σε πλήρες ή ατελές αυχενικό σύνδρομο.

Στο αυχενικό σύνδρομο εμφανίζεται πόνος στην οπίσθια ή στις πλάγιες επιφάνειες του αυχένα με επέκταση στην ινιακή χώρα ή μεταξύ των ωμοπλάτων. Ο πόνος είναι συνήθως ήπιος αλλά σταδιακά αυξάνει με τις κινήσεις της κεφαλής οι οποίες είναι περιορισμένες. Άλλα συμπτώματα έκτος από τον πόνο είναι ο πονοκέφαλος, οι εμβοές των αυτιών (βουητό), διαταραχές της ισιροπίας και της όρασης. Σε προχωρημένες περιπτώσεις υπάρχει δυσκαμψία της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και νευρολογικά συμπτώματα.

Στην οξεία φάση του συνδρόμου συνίσταται η τοποθέτηση περιλαίμιου (κολάρου), προκειμένου να αποφευχθούν οι βίαιες ή υπέρμετρες κινήσεις στον αυχένα, συνίσταται ανάπαυση και λήψη παυσίπονων, αντιφλεγμονοδών και συχνά μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. Επίσης μπορούν να εφαρμοστούν φυσικά μέσα όπως Laser, αναλγητικά ρεύματα, υπέρηχοι, χρήση θερμών επιθεμάτων και διαθερμιών. Κύριος σκοπός είναι η περαιτέρω ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και τη χαλάρωση της περιοχής από το μυϊκό σπασμό με την βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος. Η υποχώρηση των συμπτωμάτων συνοδεύεται από πρόγραμμα θεραπευτικών ασκήσεων που σκοπό έχουν την βελτίωση της κινητικότητας του αυχένα και των άνω άκρων, που πιθανόν να έχουν επηρεασθεί και από την ενδυνάμωση της περιοχής. Σε αυτή τη φάση το κολάρο πρέπει να εγκαταληφθεί. Το σημαντικότερο είναι οι συμβουλές που δίνονται για τον τρόπο εργασίας, ύπνου, οδήγησης καθώς και για τον τρόπο εργασίας, ύπνου, οδήγησης, άσκησης και άλλων δραστηριοτήτων.

Αίτια

Τα αίτια δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως αλλά είναι πολυπαραγοντικά. Φταίει και η καταπόνηση, φταίει και η φθορά του χρόνου στις ίνες κολλαγόνου του δίσκου, φταίει και γενετική προδιάθεση (DNA), κλπ. Παράγοντες οι οποίοι παρατηρήθηκε ότι εκκλύουν κρίσεις αυχενικού συνδρόμου είναι η καταπόνηση του αυχένα σε συνεχή κάμψη (πχ. ορισμένα επαγγέλματα όπως χειριστές υπολογιστών, εργαζόμενοι σε γραφείο, κομμώτριες, οδοντίατροι, βλέποντες τηλεόραση με τον θεατή ξάπλα στον καναπέ, η λάθος θέση της κεφαλής στον ύπνο, λάθος μαξιλάρι, κρέμασμα κουρτινών, έλλειψη μεσημβρινής ανάπαυσης, ψύξεις του αυχένος από συσκευές κλιματισμού, βρεγμένα μαλλιά μετά το μπάνιο, απότομες μετεωρολογικές αλλαγές, ψύχος, αλλαγές βαρομετρικής πίεσης, υγρασία, κλπ, και οι ιογενείς λοιμώξεις. Μια συχνή αιτία αυχεναλγίας είναι η νευροπάθεια του παραπληρωματικού νεύρου (IX) το οποίο νευρώνει τον τραπεζοειδή μύ και προκαλεί μυαλγίες αυτού (από ψύξη, καταπόνηση, ή από ιούς). Στο τέλος του άρθρου παρατίθεται ένας πλήρης πίνακας όλων των μέχρι σήμερα καταγεγραμμένων αιτίων πόνου στον αυχένα.

Εξετάσεις

Ο αυχέννας μπορεί να ελεγχθεί με τις εξής μεθόδους. Κλινική εξέταση. Απλές ακτινογραφίες F/P και δύο λοξές. Απλές ακτινογραφίες δυναμικές σε κάμψη και έκταση. Αξονική τομογραφία. Μαγνητική Τομογραφία. Ηλεκτρονευρογράφημα άνω άκρων. Ακτινογραφία Θώρακος. Σπινθηρογράφημα οστών τριών φάσεων με Τεχνήτιο 99m. Triplex καρωτίδων. Όλες οι εξετάσεις έχουν τη χρησιμότητά τους αλλά οι σπουδαιότερες από αυτές είναι η κλινική εξέταση, η ακτινογραφία αυχένος Profil και η Μαγνητική Τομογραφία αυχένος.

Συντηρητική θεραπεία

Καλό είναι ο γιατρός αλλά και ο ασθενής να μην αρχίσουν καμία θεραπεία αν δεν είναι βέβαιοι για τη διάγνωση. Όπως προαναφέρθηκε η συχνότερη αιτία πόνου στον αυχένα είναι η Αυχενική δυσκοκλήλη. Μέχρι σήμερα δυστυχώς δεν έχει εφευρεθεί φάρμακο πού να δρα θεραπευτικά στις δυσκοκλήλες. Οι θεραπευτικές λύσεις είναι δύο: Εγχείρηση ή Συντηρητική αγωγή.

Στο 95% των περιπτώσεων οξείας κρίσης αυχενικής δυσκοκλήλης η θεραπεία είναι συντηρητική και περιλαμβάνει ακινητοποίηση του αυχένος με κολάρο, ανάρτηση του χεριού με ιμάντα αν έχουμε ριζοπάθεια, χορήγηση αντιφλεγμονωδών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων και στην ανάρρωση φυσικοθεραπείες αποκατάστασης (ηλεκτρομαλάξεις, διαθερμίες, Laser, κλπ) ακολουθούμενες από ασκήσεις του αυχένος. Αν υπάρχει πονοκέφαλος και ζάλη, χορηγούμε και φάρμακα βελτιωτικά της μικροκυκλοφορίας (Stugeron, Sibelium, Vastarel, κλπ).

Παρακολουθείται η κλινική εξέλιξη της νόσου μήπως υπάρξει επιδείνωση και ενθαρρύνεται ο ασθενής να είναι υπομονετικός. Δεν πρέπει να βιάζεται να κάνει μια χειρουργική επέμβαση, αν και μπορεί να ακούει φράσεις «ιατρικής τρομοκρατίας» όπως δήθεν «θα παραλύσεις» κλπ. Οι περισσότεροι ασθενείς βελτιώνονται με τη συντηρητική θεραπεία, αλλά η αποκατάσταση μπορεί να διαρκέσει πολλές εβδομάδες ή και πολλούς μήνες. Ο συνήθης χρόνος αποκατάστασης μετά από μία πρόσφατη οξεία πρόπτωση δυσκοκλήλης αυχένος είναι 45-90 μέρες, ενώ μια έξαρση παλαιάς εκφυλιστικής δυσκοκλήλης υποχωρεί μέσα με 5-10 μέρες. Οι αυχενικές ριζοπάθειες δυστυχώς αργούν να αναρρώσουν ενίοτε από ένα έως και έξι μήνες.

Σε μια ενδιαφέρουσα πρόσφατη έρευνα Ολλανδών γιατρών, ελέγχθηκε η αποτελεσματικότητα τριών θεραπευτικών μεθόδων για το αυχενικό σύνδρομο: Της χορήγησης φαρμάκων, της φυσικοθεραπείας με μηχανήματα και των χειρομαλάξεων. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για 1 έτος και χωρίστηκαν σε τρεις ανεξάρτητες ομάδες. Τα αποτελέσματα απετέλεσαν έκπληξη. Μόνο το 36% ήταν ευχαριστημένοι από τη θεραπεία με φάρμακα και οδηγίες από το γιατρό, 51% ήταν ευχαριστημένοι με τη φυσικοθεραπεία και 68% με τις χειρομαλάξεις (μασάζ).

Πρόληψη και πρόγνωση αυχενικής κήλης δίσκου

Τις κήλες των αυχενικών δίσκων ή τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις των δίσκων του αυχένος, δυστυχώς δεν μπορούμε να τις αποφύγουμε, αφού είναι επακόλουθο της ηλικίας μας. Ένας πενηντάρης σήμερα θεωρείται «νέος» ενώ παλιότερα θεωρούνταν «υπερήλιξ». Μπορούμε όμως να καθυστερήσουμε τις αλλοιώσεις και να μηδενίσουμε τα ενοχλήματα και τις κρίσεις δισκοπάθειας τηρώντας κάποιες προφυλάξεις. Αυτές είναι κυρίως η αποφυγή καταπόνησης του αυχένος σε κάμψη.

Για παράδειγμα απαγορεύεται να βλέπει κανείς ξαπλωμένος τηλεόραση από τον καναπέ. απαγορεύεται να είναι συνεχώς σκυμμένος πάνω σε ένα πληκτρολόγιο υπολογιστή ή ένα βιβλίο όλη μέρα. Η μεσημβρινή ξεκούραση του αυχένος (ξάπλα) κάνει καλό. Χρειάζεται επίσης αποφυγή ψύξεων σε κλιματιστικά, ενώ αντίθετα ωφελούμεθα από τις κωνοειδείς ασκήσεις αυχένος, από γυμναστική του σώματος γενικώς, από μασάζ με τα χέρια, αλλά και από λίγο κρασί στο φαγητό, ψυχαγωγία και αλλαγή περιβάλλοντος.

Ο αυχένας επηρεάζεται και από την ψυχική διάθεση. Να μην ξεχνάμε ότι υπάρχουν ηλικιωμένοι με τρομακτικές εκφυλιστικές αλλοιώσεις στον αυχένα χωρίς καθόλου ενοχλήματα, ενώ αντίθετα υπάρχουν κυρίες 30-50 ετών (ενίοτε και κύριοι) οι οποίες στα πλαίσια μιας σωματοποίησης τυχόν ψυχολογικών ή κοινωνικών τους προβλημάτων.

6.2 ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ορισμός



Η οστεοαρθρίτιδα(OA) είναι χρόνια πάθηση των αρθρώσεων στην οποία υπάρχει προοδευτική φθορά του αρθρικού χόνδρου που μπορεί να φτάσει μέχρι την πλήρη καταστροφή του και αποκάλυψη του υποχόνδριου οστού. Η αρχική βλάβη εμφανίζεται στην επιφάνεια της άρθρωσης και στην συνέχεια εμφανίζεται η αντίδραση του οστού. Ο όρος οστεοαρθρίτιδα παράγεται από το όρο «όσteo» που σημαίνει την συμμετοχή του οστού και αρθρίτιδα που σημαίνει βλάβη της άρθρωσης. Αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή αρθρίτιδας και μία από τις σοβαρότερες παθήσεις της 3ης ηλικίας.

Η οστεοαρθρίτιδα εμφανίζεται σε όλες τις χώρες του κόσμου με την ίδια συχνότητα και στις γυναίκες λίγο πιο συχνά από ότι στους άνδρες. Οι πιο συχνά πάσχουσες αρθρώσεις είναι αυτές των κάτω άκρων, όπως το ισχίο και το γόνατο, και των άνω άκρων, όπως ο ώμος και ο αγκώνας, εάν και είναι δυνατή η εμφάνισή της οστεοαρθρίτιδας σε κάθε άρθρωση του σώματος

Αίτια

- Το γήρας

Μεταβολές ανατομικές, δομικές, μηχανικές και βιοχημικές είναι υπεύθυνες για την αύξηση της ΟΑ στα ηλικιωμένα άτομα.

- Μηχανικοί παράγοντες

Η υπερβολική μηχανική επιβάρυνση μπορεί να οφείλεται σε συγγενή ή επίκτητη αρθρική δυσπλασία, που προκαλεί μείωση της επιφάνειας στήριξης και αλλοιώσεις και τέλος σε χρόνια επαγγελματική καταπόνηση. Σε όλα τα επαγγέλματα με έντονη σωματική δραστηριότητα μπορεί να παρατηρηθούν κακώσεις όπου η συχνότητά τους σχετίζεται με το είδος της δραστηριότητας.

- Κληρονομικοί παράγοντες

Η κληρονομική επιβάρυνση είναι συχνή στην ΟΑ των άνω μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων, που είναι δύο φορές πιο συχνή στις μητέρες και κόρες.

- Φλεγμονή

Φλεγμονώδης παθήσεις που μπορεί να είναι είτε σηπτικές είτε άσηπτες.

- Ορμονικοί παράγοντες

Εμφανής είναι η συχνότητα ανάπτυξης ΟΑ σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή

- Παχυσαρκία

Οι ασθενής με οστεοαρθρίτιδα διαπιστώνουν πως ο πόνος χειροτερεύει όταν οι αρθρώσεις τους έχουν να σηκώσουν μεγάλο βάρος και στην παχυσαρκία παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα προσβολής των μεγάλων αρθρώσεων.

- Έλλειψη σωματικής άσκησης

Όλο και περισσότεροι μεσήλικες παρουσιάζουν περιορισμένη κινητικότητα στις αρθρώσεις.

- Τα συνυπάρχοντα νοσήματα

Σαχαρώδης διαβήτης, υποθυρεοειδισμός, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία συγγενείς ανατομικές βλάβες όπως σκολίωση, ραιβότητα ή βλαισότητα.

- Άλλα αίτια

Μπορούν να θεωρηθούν ορισμένα επαγγέλματα (όπως οικοδόμοι, γεωργοί) αλλά και περιπτώσεις από χρήση κακής κατασκευής υποδημάτων που οδηγούν σε οστεοαρθρίτιδα.

Μορφές πρωτοπαθούς οστεοαρθρίτιδας

1. Πρωτοπαθή οστεοαρθρίτιδα

Έχει διάφορες μορφές

- Γενικευμένη μορφή.

Παρατηρείται οικογενειακή προδιάθεση και είναι συχνότερη στις γυναίκες.

- Διαβρωτική φλεγμονώδης μορφή

Προσβάλλει συχνότερα τις αρθρώσεις των άκρων χεριών και οδηγεί σε παραμόρφωση.

- Υπερτροφική ή ατροφική μορφή

Η υπερτροφική μορφή χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη οστεόφυτων και η ατροφική από διαβρώσεις που είναι καταστροφικές για την άρθρωση.

- Αγκυλωτική υπερόστωση ή διάχυτη ιδιοπαθής σκελετική υπερόστρωση

Προσβάλλει τη σπονδυλική στήλη και χαρακτηριστικό είναι η εμφάνιση των παχέων οστεόφυτων.

- Πυροφωσφορική μορφή

Χαρακτηρίζεται από την προσβολή μεγάλων αρθρώσεων

2. Δευτεροπαθής οστεοαρθρίτιδα

Παρουσιάζεται σε νεότερα άτομα και έχει διάφορες αιτίες

- Παχυσαρκία
- Η ανώμαλη παρυφή των αρθρικών επιφανειών
- Η πλημμελής ευθυγράμμιση των αρθρώσεων από παραμόρφωση ,κατάγματα ή από προηγούμενη επέμβαση
- Η αρθρική αστάθεια μετά από τραυματισμό
- Οι συγγενείς ή αναπτυξιακές ανωμαλίες
- Φλεγμονώδη νοσήματα (ρευματοειδής αρθρίτιδα)
- Μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα
- Οστεονέκρωση
- Άλλες οστικές και αρθρικές βλάβες όπως οστεοχονδρίτιδα

Συμπτώματα

- Πόνος
- Δυσκαμψία
- Περιορισμός της κινητικότητας
- Διόγκωση
- Παραμόρφωση
- Κριγμός
- Τοπική ευαισθησία
- Κλινικά ευρήματα στα χέρια
- Κλινικά ευρήματα στα πόδια
- Άσταθεια των αρθρώσεων
- Ατροφία των περιαρθρικών μυών

3. Οστεοαρθρίτιδα των άνω και κάτω άκρων

Η οστεοαρθρίτιδα είναι διαφορετική στις φορτιζόμενες από τις μη φορτιζόμενες αρθρώσεις. Οι φορτιζόμενες αρθρώσεις στα κάτω άκρα είναι περισσότερο επώδυνες και υπόκεινται σε μεγαλύτερες φορτίσεις, ο περιορισμός της λειτουργικότητας και οι παραμορφώσεις είναι περισσότερο εμφανείς.

Σε αντίθεση η οστεοαρθρίτιδα των άνω άκρων προκαλεί λιγότερο πόνο επειδή οι αρθρώσεις σπάνια βρίσκονται υπό φόρτιση άλλα η παραμόρφωση των αρθρώσεων είναι έντονη και η απώλεια κινήσεων μπορεί να είναι αναπηρική. Επομένως στα κάτω άκρα σκοπός είναι μια άρθρωση φορτίζεται χωρίς να προκαλεί πόνο ,ενώ στα άνω άκρα η αποκατάσταση των κινήσεων είναι σπουδαιότερη.

Διάγνωση

Για την καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων παίζει η έγκαιρη διάγνωση. Αυτή επιτυγχάνεται μέσω του λεπτομερούς ιστορικού, κλινικής εξέτασης στην οποία αναζητείται τυχόν παραμόρφωση ,τοπικός πόνος, οίδημα, θερμοκρασία ,ενεργητικές και παθητικές κινήσεις του εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου και τελευταία με την χρόνια με την αρθροσκόπηση.

Φυσική εξέταση



Αποτελεί το σπουδαιότερο μέσο για την διάγνωση της πάθησης παρά την μεγάλη πρόοδο της ιατρικής. Αυτό επιτυγχάνεται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση των αρθρώσεων για την αποκάλυψη διογκώσεως ,θερμότητας, κνησμού και για τον έλεγχο των κινήσεων.

Εργαστηριακός έλεγχος

Την σημερινή εποχή καταβάλλεται προσπάθεια για την ανακάλυψη κατάλληλων δεικτών στο αίμα, στα ούρα και στο αρθρικό υγρό που θα βοηθήσουν στην πρόιμη διάγνωση της νόσου.

Απεικονιστικός έλεγχος

Ακτινογραφίες

Μαγνητική τομογραφία MRI

Αξονική τομογραφία

Σπινθηρογράφημα οστών

Αρθροσκόπηση(Περισσότερο συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις που δέχονται το βάρος του σώματος καθώς και αυτές με την μεγαλύτερη χρήση. Τέτοιες αρθρώσεις είναι το γόνατο και το ισχίο. Η ΟΑ σπάνια επηρεάζει τους ώμους, τους αγκώνες και την ποδοκνημική εκτός

Κλινική εμφάνιση

Τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας ποικίλουν από άρθρωση σε άρθρωση αλλά υπάρχουν τρία κύρια χαρακτηριστικά

1. Πόνος
2. Απώλεια κινήσεων
3. Αλλαγή λειτουργίας

- Πόνος

Ο πόνος εμφανίζεται χειρότερος στις υπό φόρτιση αρθρώσεις και είναι μεγαλύτερος στις φορτιζόμενες επιφάνειες των κάτω άκρων.

- Απώλεια κινήσεων

Οι κινήσεις περιορίζονται όσο δημιουργούνται οστεόφυτα και η άρθρωση αρχίζει να αλλάζει σχήμα.

- Αλλαγή λειτουργίας

Αλλαγές στην λειτουργία της άρθρωσης συμβαίνουν χωρίς να γίνονται ιδιαίτερα αντιληπτές. Υποσυνείδητα οι ασθενείς αρχίζουν να περιορίζουν τις δραστηριότητες τους στα όρια που τους επιτρέπουν οι αρθρώσεις τους.

Κλινικές εκδηλώσεις

Διακρίνουμε τις παρακάτω περιπτώσεις :

- Εκφυλιστική αρθροπάθεια της σπονδυλικής στήλης(αυχενική-οσφυϊκή σπονδυλαρθροπάθεια)
- Οστεοαρθρίτιδα ισχίου
- Οστεοαρθρίτιδα γονάτων
- Πολυαρθρική μορφή οστεοαρθρίτιδας

Θεραπεία

Στις ήδη εγκατεστημένες οστεοαρθρίτιδες σκοπός βέβαια δεν είναι να θεραπεύσουμε τις βλάβες που έχουν ήδη εγκατασταθεί αλλά να ανακουφιστεί ο άρρωστος από τους πόνους να παραμείνει ή να επανέλθει η λειτουργικότητα της άρθρωσης, να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του πάσχοντος ή έστω να διατηρηθεί η ικανότητα του να αυτοεξυπηρετείται. Η αντιμετώπιση λοιπόν πρέπει να είναι ανάλογη κατά περίπτωση και σ' αυτό τον σκοπό συμβάλει η στενή συνεργασία γιατρού και πάσχοντα.

Οποιαδήποτε κατάσταση μπορεί να αντιμετωπιστεί χειρουργικά ή συντηρητικά. Η συντηρητική θεραπεία συμπεριλαμβάνει την ακόλουθη σειρά

- **Συντηρητική θεραπεία**

Δεν είναι σε θέση ούτε να σταματήσει την εξέλιξη, ούτε να θεραπεύσει την νόσο αλλά είναι δυνατό να φέρει ανακούφιση των συμπτωμάτων της.

1. Επεξήγηση της κατάστασης και επιβεβαίωση
2. Προτροπή του ασθενούς να διατηρηθεί δραστήριος αποφεύγοντας την υπερφόρτωση της άρθρωσης έτσι ώστε να μην επιδεινώνει το πρόβλημα.
3. Χρήση μαστουνιού και άλλων βοηθημάτων χειρός για μέσα στο σπίτι.
4. Φυσικοθεραπεία για να διατηρήσει την μυϊκή μάζα και τις κινήσεις των αρθρώσεων.
5. Φάρμακα ιδιαίτερα αναλγητικά κατά καιρούς και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη
6. Πολύ περιστασιακά ανδαρθρικές εγχύσεις κορτικοειδούς.
7. Ελλάτωση του βάρους σε παχύσαρκους καθώς επιδεινώνει την πάσχουσα άρθρωση.
8. Η ψυχολογική κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο καθώς αν υπάρχει απογοήτευση και εγκαταληφθεί η προσπάθεια γρήγορα θα υπάρξει επιδείνωση

- **Χειρουργική θεραπεία**

Εάν οι συντηρητικές προσπάθειες έχουν αποτύχει τότε συνίσταται μόνο η χειρουργική θεραπεία. Οι εγχειρήσεις μπορεί να διαχωριστούν σε τέσσερις ομάδες.

1. Χειρουργικός καθαρισμός
2. Αρθρόδεση
3. Οστεοτομία
4. Αρθροπλαστική(μερική ή ολική)

Μέσα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της είναι:

Θερμοθεραπεία

Κρυοθεραπεία

Ηλεκτροθεραπεία

Μαλαζοθεραπεία

Κινησιοθεραπεία

Φαρμακευτική θεραπεία

Απλά αναλγητικά

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Βραδείας δράσεως φάρμακα

Τοπικές αναλγητικές αλοιφές

Ενδοαρθρική χορήγηση στεροειδών

6.3 ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Ορισμός



Η λέξη οσφυαλγία προέρχεται από τις λέξεις οσφύς(μέση) και άλγος(πόνος),περιγράφει δηλαδή τους πόνους της μέσης άρα πρόκειται για τους πόνους της μέσης, επομένως πρόκειται για σύμπτωμα υπάρχουσας ασθένειας και όχι νόσημα. Είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσουμε τι προκαλεί τους πόνους στη μέση και πώς μπορούμε να τους αντιμετωπίσουμε και το σημαντικότερο να τούς αποτρέψουμε.

Ο πόνος στην μέση μας ειδοποιεί πως η μέση μας δεν λειτουργεί κανονικά. Συχνά ο πόνος αυτός εξελίσσεται σταδιακά χωρίς γνωστά αίτια. Ο πόνος της Σ.Σ εντοπίζεται στα πιο ευκίνητα μέρη της, στον αυχένα και χαμηλά στην μέση(οσφυαλγία). Μπορεί γι'αυτό να ευθύνονται η διάταξη στους μαλακούς ιστούς(μύες, τένοντες, σύνδεσμοι), η φθορά του μεσοσπονδύλιου δίσκου, η αρθρίτιδα, η ισχιαλγία, η οστεοπόρωση ή το συναισθηματικό(ψυχικό)stress.

Αίτια

Η οσφυαλγία δεν είναι πάθηση αλλά σύμπτωμα που οφείλεται σε διάφορα αίτια. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί πάνω από 100 αίτια που προκαλούν οσφυαλγία τα συχνότερα από αυτά είναι: η κήλη δίσκου οσφύος, η εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα, η εκφυλιστική δισκοπάθεια καθώς και η αρθρίτιδα. Ακόμη μπορεί να οφείλεται σε κληρονομική προδιάθεση, ηλικία, χρόνια καταπόνηση με άρσεις βαρών ,χρόνια ορθοστασία, χρόνια σκυφτή εργασία καθώς και παλαιότεροι τραυματισμοί

Νόσοι που προκαλούν οσφυαλγία ως κύριο σύμπτωμα είναι μεταξύ άλλων..

- Πρόπτωση μεσοσπονδύλιου δίσκου
- Χρόνιες δυσμορφίες σπονδυλικής στήλης(σκολίωση, κύφωση, λόρδωση)
- Σπονδυλολίσηση
- Σπονδυλαρθρίτιδα
- Νεοπλασίες
- Συγγενείς ανωμαλίες
- Προηγούμενα κατάγματα
- Οστεοπόρωση
- Εκφυλιστικά αίτια

Συμπτώματα

Η οσφυαλγία μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά π.χ .μετά από απότομη κίνηση ή προσπάθεια να σηκώσουμε βάρος ή σταδιακά δηλαδή ήπιος πόνος στην αρχή, όταν μένουμε όρθιοι για πολύ ώρα ή καθισμένοι στην ίδια στάση. Ο πολύ δυνατός πόνος εντοπίζεται στην περιοχή γύρω από την μέση, αλλά μπορεί να επεκτείνεται και στην εξωτερική επιφάνεια του μηρού

Διάγνωση

Οι έντονοι πόνοι στη μέση είναι συχνότατη αιτία επίσκεψης στο γιατρό. Ο γιατρός προσδιορίζει την αιτία της οσφυαλγίας λαμβάνοντας αναλυτικό ιστορικό...

Προδιαθεσικοί παράγοντες

1. Γυναίκα στην ηλικία της εμμηνόπαυσης, ιδιαίτερα εάν η εμμηνόπαυση επήλθε σε μικρότερη από την κανονική ηλικία.
2. Απουσία σωματικής άσκησης.
3. Λανθασμένες διατροφικές συνήθειες. Το καθημερινό διαιτολόγιο να περιέχει τροφές πλούσιες σε ασβέστιο που ευνοεί στην οστεοπόρωση.
4. Κάπνισμα, χρήση αλκοόλ και καφέ.
5. Ρευματοειδής αρθρίτιδα ή κάποιες αρρώστιες που επηρεάζουν τον μεταβολισμό των οστών.(σακχαρώδης διαβήτης ,παθήσεις θυρεοειδούς).
6. Εάν στην οικογένεια υπάρχουν και άλλα άτομα στην οικογένεια που έχουν οστεοπόρωση ή κατάγματα.

Θεραπεία

Τα φάρμακα που βοηθούν είναι τα οιστρογόνα, τα διφωσφονικά, το φθοριούχο νάτριο που αυξάνει σημαντικά την οστική πυκνότητα καθώς και τα αναβολικά στεροειδή

Η οξεία οσφυαλγία εκδηλώνεται από καταπόνηση ή άρση βάρους ,από πολύωρο ταξίδι ή ιογενής λοίμωξη ή απλά από αλλαγή καιρού .Κατά την οξεία φάση της οσφυαλγία ο ασθενής χρειάζεται συντηρητική θεραπεία όπως ξεκούραση και χρήση παυσίπων, αντιφλεγμονώδη και μυοχαλαρωτικά. Στο διάστημα αυτό απαγορεύεται ή αποφεύγεται η ορθοστασία ,η άρση βαρών ,η καταπόνηση καθώς και η πολύωρη οδήγηση αυτοκινήτου. Σε αυτή την περίπτωση ωφελούν αρκετά οι κορτικοστεροειδής ενέσεις.

Ακόμη σε χρόνια φάση της οσφυαλγίας χρειάζεται επιπλέον προφυλάξεις και ασκήσεις γυμναστικής. Τα κυριότερα αίτια που βλάπτουν είναι η παχυσαρκία, η άρση βαρών, η πολύωρη ορθοστασία και η εργασία που για την εκτέλεσή της χρειάζεται σκύψιμο .Σ'αυτές τις περιπτώσεις δεν βοηθάει η χειρουργική θεραπεία καθώς οι

μέθοδοι θεραπείας όπως έλξεις και χρήση ήπιων μαλάξεων, ο βελονισμός, η μαγνητοθεραπεία δεν βοηθούν την χρόνια οσφυαλγία

Πρόληψη

Ωστόσο η πρόληψη θεωρείται η καλύτερη θεραπεία γι'αυτό και η στάση του σώματος και ο τρόπος που κινούμαστε στην καθημερινή μας ζωή έχουν πολύ μεγάλη σημασία στην πρόληψη των πόνων της μέσης. Οι συνηθέστερες οδηγίες για την πρόληψη αλλά και για την αποφυγή και αποτροπή της οσφυαλγίας είναι

Όταν κάθεστε

- Η καθιστή θέση πιέζει περισσότερο το κάτω μέρος της οσφύς μας απ'όσο η όρθια, περισσότερο μάλιστα όταν «βουλιάζεται» μέσα σε πολυθρόνα
- Σωστή θέση καθίσματος

είναι εκείνη που διατηρεί αναλλοίωτες τις φυσιολογικές καμπύλες της Σ.Σ. .Σ αυτή τη θέση πρέπει τα γόνατα να βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο από τα ισχία(γοφούς)

- Διαλέγετε καρέκλα που να πιάνει και να στηρίζει το κάτω μέρος της μέσης
Κάθεστε εντελώς πίσω και μέσα στην καρέκλα ακουμπώντας ίσα στο πάτωμα
Εάν κριθεί απαραίτητο χρησιμοποιείται ένα μαξιλάρι για να στηρίξετε την οσφυϊκή καμπύλη της μέσης σας.

Όταν σηκώνετε βάρος

Πάντα να σκέφτεσθε πρίν σηκώσετε κάτι. .Στεκόμαστε κοντά στο αντικείμενο που θέλουμε να σηκώσουμε ,κρατάμε τη μέση μας ίσια και λυγίζουμε τα γόνατα για να το πιάσουμε. Για να μεταφέρουμε βαριά αντικείμενα, τα κρατάμε κοντά στο σώμα μας και χρησιμοποιούμε και τα δύο χέρια ζητάμε την βοήθεια κάποιου εάν χρειάζεται.

Πώς στέκεστε

Γενικά πρέπει να αποφεύγουμε την παρατεταμένη ορθοστασία. Όταν είστε υποχρεωμένοι να είστε όρθιοι για πολύ ώρα ,δεν έχουμε στάση προσοχής αλλά ανάπαυσης βγάζοντας το ένα πόδι μπροστά και έχοντας το ένα γόνατο ελαφρά λυγισμένο.

Γενικά

- Φροντίζετε να διατηρείτε το βάρος σας σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Γυμνάζεστε τακτικά καθώς το σωστά γυμνασμένο σώμα βοηθά στη καλύτερη στάση της μέσης.
- Φροντίζετε πάντοτε να κρατάτε την μέση σας ίσια.
- Οργανώνετε τον χώρο δουλειά σας ώστε να μπορείτε να φθάνετε εύκολα χωρίς να σκίβετε να τεντώνεσθε.
- Πριν κάνετε φροντίζετε να βρείτε τον τρόπο να πιέζεται λιγότερο η μέση σας. ρέπει να θυμάσθε πάντα τις αρχές που πρέπει να είτε όταν σκέκεστε κάθεστε και όταν σηκώνετε βάρος.

Αντιμετώπιση

Είναι αυτονόητο ότι η θεραπεία σχετίζεται με το αίτιο που προκάλεσε την οσφυαλγία. Συνήθως ο γιατρός συστήνει ξεκούραση με παραμονή στο κρεβάτι, φροντίζοντας να ενημερώσει τον ασθενή για τη σωστή στάση του σώματος. Μαξιλάρια κάτω από τα γόνατα συστήνονται γιατί ανακουφίζει από τους πόνους της μέσης.

Ο γιατρός είναι αρμόδιος να κρίνει αν πρέπει ο ασθενής να λάβει φάρμακα. Τα φάρμακα κατά της οσφυαλγίας μπορεί να είναι μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, μυοχαλαρωτικά ή αναλγητικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.

7.1 Βοηθήματα για τεχνικές

Διαγνωστικές έναντι θεραπευτικών διαδικασιών ασθενή

Οι διαγνωστικοί αποκλεισμοί χρειάζεται να αποκαλύψουν δυο θέματα. Έχει ο πόνος σημαντικό στοιχείο συμπαθητικής προέλευσης σε αντίθεση με τα σωματικά αισθητικά νεύρα; Ποιο συγκεκριμένο νεύρο μεταφέρει τον πόνο ή τη νευρομυϊκή λειτουργία στην περίπτωση αυτή; Για παράδειγμα, ποιο από τα διάφορα οσφυϊκά νεύρα που γειτνιάζει με τις διάφορες προπτώσεις οσφυϊκών μεσοσπονδύλιων δίσκων ευθύνεται για τον πόνο; Ή ποιο μεσοπλευρικό νεύρο ή νεύρα μεταφέρουν τον πόνο από καρκίνο του θωρακικού τοιχώματος; Μόλις βρεθούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές, τα σωστά νεύρα μπορεί να αποκλειστούν με οινόπνευμα.

Πριν αρχίσει μια διαδικασία, ο γιατρός πρέπει να καθορίσει αν πρόκειται να εκτελέσει διαγνωστικό ή θεραπευτικό αποκλεισμό ώστε να προετοιμάσει ανάλογα τον ασθενή. Ορισμένοι γιατροί πιστεύουν ότι αποκλείοντας ένα νεύρο αρχικά με εικονικό φάρμακο και στη συνέχεια με αναισθητικό, θα φανεί αν ο πόνος του ασθενούς είναι πραγματικός ή ψυχολογικός. Ωστόσο, σύμφωνα με την κοινή λογική, η δοκιμασία απλώς δείχνει κατά πόσο ο ασθενής στην περίπτωση αυτή ανταποκρίνεται στα placebo.

Επομένως προετοιμάζοντας τον ασθενή, ο κλινικός χρειάζεται να είναι βέβαιος ότι υπήρχε ο πόνος πριν από τη διαδικασία και ότι ο πόνος αυτός μπορεί να αναπαραχθεί ή να αυξηθεί από μια δραστηριότητα ή ένα απτικό ερέθισμα. Η ίδια δραστηριότητα πρέπει να επαναληφθεί μετά τον αποκλεισμό. Τέλος χρειάζεται να αποδειχτεί, με αντικειμενική δοκιμασία ότι πράγματι επέτυχε ο αποκλεισμός.

Όταν εφαρμόζεται αποκλεισμός για συμπαθητικό πόνο επιλέγεται η θέση όπου δεν υπάρχει περίπτωση το αναισθητικό να προσβάλει σωματικά νεύρα που θα παρέμβουν στην ερμηνεία. Στο σωματικό πόνο πρέπει να βρεθεί μια θέση παραισθησίας και εκεί να χρησιμοποιηθεί μια πολύ μικρή ποσότητα συμπτκνωμένου αναισθητικού για να εντοπίσει τον αποκλεισμό στο συγκεκριμένο νεύρο. Αυτός ο βαθμός ακριβείας απαιτεί τη χρήση ενισχυτή της ακτινοσκοπικής εικόνας.

Από την άλλη πλευρά οι θεραπευτικοί αποκλεισμοί με το βραχίονα C είναι πολύ χρήσιμο αρχικά να ακουμπήσει η άκρη μιας λαβίδας Kelly επάνω στη θέση στόχο του ασθενούς, όπως φαίνεται στην ακτινοσκόπηση και να τοποθετηθεί πάνω από τη θέση εισόδου. Παρόλο ότι το σημείο της εισόδου βρίσκεται συνήθως μετά από μέτρηση ή ψηλάφηση, είναι χρήσιμο να ελέγχεται αν από τη θέση αυτή λόγω της γωνίας που απαιτείται ή επειδή παρεμβάλλεται μια πλευρά. Αυτές οι θέσεις μπορεί να σημειωθούν στο δέρμα πιέζοντας σταθερά το μπέκ μιας βελόνας 15 g επάνω στο δέρμα για 30 δευτερόλεπτα. Το σημάδι δεν πρόκειται να εξαφανιστεί κατά την προετοιμασία.

Διαλύματα αποκλεισμού των νεύρων

Για τα συμπαθητικά νεύρα η ανάμιξη από ίσα μέρη 1% λιδοκαΐνη με 1:2000.000 αδρεναλίνη και 0,5% βουπιβακαΐνη δημιουργεί μια τελική συγκέντρωση 0,5% λιδοκαΐνης 0,25 βουπιβακαΐνης και 1:4000.000 αδρεναλίνης. Το διάλυμα αυτό επαρκεί για τον αποκλεισμό των συμπαθητικών νεύρων, δεν προκαλεί τοξικά επίπεδα με μεγάλους όγκους και περιέχει αρκετή αδρεναλίνη για να αποτελέσει έγκαιρη προειδοποίηση πιθανής ενδαγγειακής ένεσης. Η έναρξη δράσης της λιδοκαΐνης είναι ταχεία και η βουπιβακαΐνη παρέχει παρατεταμένη ενέργεια. Πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι σε ορισμένους ασθενείς με αντανεκλαστική συμπαθητική δυστροφία, η αδρεναλίνη μπορεί να προκαλέσει κρίση πανικού, επομένως καλύτερα να αποφεύγεται.

Για παρασπονδυλικό ή κάθε μικτό αποκλεισμό νεύρου, ένα μίγμα από 1,5% λιδοκαΐνη με 1:200.000 αδρεναλίνη και 0,2% τετρακαΐνη που ενίεται μέσα στη θέση της παραισθησίας παρέχει ένα αποτελεσματικό αποκλεισμό, συνολικού όγκου 2 ML. Πάλι η λιδοκαΐνη έχει ταχεία έναρξη και τετρακαΐνη παρατείνει αρκετά τον αποκλεισμό, ώστε να επιτρέπει τη συνεργασία του ασθενούς με το γιατρό. Το διάλυμα γίνεται εύκολα με την ανάμιξη 20 mg κρυσταλλικής τετρακαΐνης για ενδορραχιαία αναισθησία με 10 ml λιδοκαΐνης 1%.

Διάλυμα 0,75% βουπιβακαΐνης μπορεί να αντικαταστήσει την τετρακαΐνη, αλλά κατά την ανάμιξη των διαλυμάτων θα αραιώσει πολύ τόσο τη λιδοκαΐνη όσο και τη βουπιβακαΐνη. Η χρήση 2% λιδοκαΐνης φαίνεται να δημιουργεί πολύ μεγάλη διάχυση.

7.2 Ειδικοί αποκλεισμοί

A. ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝ

Διαδικασίες αποκλεισμού

1. Αποκλεισμός αυχενοθωρακικός ή αστεροειδούς γαγγλίου

Στην ακόλουθη τεχνική χρησιμοποιείται ειδικά ακτινολογική. Ο ενισχυτής της εικόνας με βραχίονα C χρειάζεται, επειδή αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας των συμπαθητικών αποκλεισμών των άνω άκρων που κυμαίνεται από 27-70% σε 90% περίπου.

Ενδείξεις

1. διάγνωση και θεραπεία του πόνου συμπαθητικής προέλευσης.
2. πόνος μέσω του συμπαθητικού που οφείλεται σε κακοήθεια ή άλλες αιτίες.
3. περιφερικό αγγειοσυσπαστικό νόσημα
4. οξύς έρπητας ζωστήρας.
5. οξεία μετατραυματική ή μετεγχειρητική αγγειακή ανεπάρκεια προσώπου, τραχήλου ή άνω άκρων.

2. Αποκλεισμός αστεροειδούς γαγγλίου με καθετήρα

3. Θωρακικός παρασπονδυλικός συμπαθητικός αποκλεισμός

Οι συμπαθητικές ίνες από τις νωτιαίες ρίζες Θ1-Θ4 μπορεί επίσης να αποκλειστούν παρασπονδυλικά τοποθετώντας δυο βελόνες ουραία στις πλευρές 1 και 3. ωστόσο, ο κίνδυνος του πνευμοθώρακα δεν επιτρέπει τη χρησιμοποίηση του αποκλεισμού αυτού.

4. Ενδουπεζωκοτική προσπέλαση

- Η έγχυση τοπικού αναισθητικού στον υπεζωκοτικό χώρο διαχέεται στις θωρακικές συμπαθητικές ίνες και είναι μια χρήσιμη προσπέλαση για μακροχρόνιο συμπαθητικό αποκλεισμό τουλάχιστον των Θ1-Θ4 νωτιαίων επιπέδων.

- Ο καθετήρας αυτός παραμένει καλύτερα στη θέση του συγκριτικά με τον καθετήρα του αστεροειδούς, αλλά υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος πνευμοθώρακα, μιας καταστρεπτικής επιπλοκής για τους πνευμοπαθείς.

Ενδείξεις

1. συνεχής, μονόπλευρος συμπαθητικός αποκλεισμός.
2. θωρακικός οξύς έρπητας ζωστήρας ή μεθερπητική νευραλγία.
3. πόνος παγκρέατος που οφείλεται σε χρόνια παγκρεατίτιδα ή κακοήθεια παγκρέατος.
4. θωρακικός, τυχωματικός ή οισοφαγικός πόνος λόγω καλοήθους ή κακοήθους νοσήματος.

5. Αποκλεισμός του κοιλιακού πλέγματος

Εφόσον το κοιλιακό πλέγμα αποτελεί ένα δίκτυο γύρω από την κοιλιακή αρτηρία και την παρακείμενη εμπρόσθεν αορτή, ο αντικειμενικός σκοπός είναι να χορηγηθεί το διάλυμα εμπρός από την αορτή. Χρησιμοποιούνται ποικίλες προσπελάσεις πρόσθια, αμφίπλευρη συμμετρική προσπέλαση, συνήθως χωρίς

Ενδείξεις

1. πόνος καρκίνου παγκρέατος.
2. πόνος χρόνιας υποτροπιάζουσας παγκρεατίτιδας, όπου ο συνδυασμός τοπικού αναισθητικού και στεροειδούς βοηθάει ορισμένες φορές.
3. διάγνωση και θεραπεία του συμπαθητικού κοιλιακού, οπισθοπεριτοναϊκού άλγους ή πόνου του λαγόνα.

6. Νευρολυτικός αποκλεισμός

Μια ημέρα πριν από την εφαρμογή ενός νευρολυτικού αποκλεισμού, γίνεται ένας διαγνωστικός αποκλεισμός για να αποδείξει την ανακούφιση του πόνου. Αν αυτό γίνει λίγο πριν από τον αποκλεισμό με οινόπνευμα, δεν μπορεί να αξιολογηθεί η επίδραση placebo και η διάρκεια της ανακούφισης.

7. Οσφυϊκός αποκλεισμός συμπαθητικών νεύρων

Εφόσον η κύρια νωτιαία νευροτομιακή συμπαθητική παροχή στα κάτω άκρα προέρχεται από το 01-03, είναι λογικό να τοποθετείται η βελόνα στο 02 και να βασίζεται στον όγκο και στη διάχυση του τοπικού αναισθητικού για να καλύψει όλο το χώρο.

Ενδείξεις

1. διάγνωση και θεραπεία συνδρόμων του πόνου συμπαθητικής προέλευσης των κάτω άκρων.
2. αξιολόγηση του πιθανού ευεργετικού αποτελέσματος του νευρολυτικού αποκλεισμού ή της συμπαθεκτομής.
3. οξεία περιφερική αγγειακή ανεπάρκεια.
4. οξύς έρπητας ζωστήρας των κάτω άκρων.
5. ορισμένα περιφερικά σύνδρομα νευροπαθητικού πόνου των κάτω άκρων με συμπαθητική συμμετοχή.

8. Αποκλεισμός υπογαστρίου πλέγματος

Ο αποκλεισμός αυτός μπορεί να είναι χρήσιμος σε ορισμένα επώδυνα σύνδρομα της πύελου. Έχουν προταθεί τεχνικές που μοιάζουν με τον οσφυϊκό συμπαθητικό αποκλεισμό, αλλά στο 05

B. ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΝΕΥΡΩΝ

Διαδικασίες αποκλεισμού

1. Οσφυϊκός επισκληρίδιος αποκλεισμός

Επειδή ο υπαραχνοειδής χώρος δεν χρησιμοποιείται πολύ στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, το θέμα αυτό δεν αναφέρεται. Επομένως, αυτό το μέρος περιορίζεται στους επισκληρίδιους καθετηριασμούς της θωρακικής και της οσφυϊκής χώρας. Δεν χρησιμοποιούμε αυχενικούς επισκληρίδιους καθετήρες.

Οι επισκληρίδιοι αποκλεισμοί είμαι συνήθως κεντρικοί τόσο των σωματικών όσο και των συμπαθητικών νεύρων. Ωστόσο, ένας κυρίως συμπαθητικός αποκλεισμός, συνεχής ή διαλείπων, επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας πιο αραιά αναισθητικά διαλύματα, αν υπάρχει ένδειξη. Ο αποκλεισμός των σωματικών νεύρων εύκολα επιτυγχάνεται αυξάνοντας τη συγκέντρωση του Τοπικού αναισθητικού, όταν χρειάζεται. Για παρατεταμένη χρήση τοποθετείται επισκληρίδιος καθετήρας που προωθείται υποδορίως.

Ενδείξεις

1. επώδυνα σύνδρομα που οφείλονται σε περιφερική αγγειακή ανεπάρκεια και περιλαμβάνουν τον πόνο μετά από ισχαιμική αγγειοσύσπαση.
2. παρατεταμένος συμπαθητικός αποκλεισμός για τη θεραπεία του πόνου συμπαθητικής προέλευσης, ετερόπλευρο ή αμφοτερόπλευρο.
3. αντιμετώπιση του οξέος έρπητα ζωστήρα και ορισμένες φορές της μεθερπητικής νευραλγίας.
4. θεραπεία της οξείας θωρακικής ή οσφυικής έντασης, με ριζίτιδα.
5. θεραπεία συνδρόμων περιοχικού πόνου που οφείλονται σε κακοήθεια.
6. διαγνωστικοί ή θεραπευτικοί αποκλεισμοί.

2.Θωρακικός επισκληρίδιος αποκλεισμός

Η διαδικασία αυτή γίνεται με τον ίδιο τρόπο με τον οσφυϊκό επισκληρίδιο αποκλεισμό. Οι ενδείξεις για τη θέση του καθετήρα μπορεί να ποικίλλουν, αλλά η τεχνική διαφέρει μόνο ως προς την πρόσθετη επιδεξιότητα που απαιτείται κατά την προσπέλαση του επισκληρίδιου χώρου, επειδή οι αποστάσεις είναι μικρότερες από αυτές της οσφυϊκής μοίρας. Επιπλέον, η βελόνα πρέπει να κατευθύνεται περισσότερο κεφαλικά για να διαπεράσει το θωρακικό μεσακάνθιο διάστημα. Η αντιμετώπιση και οι επιπλοκές είναι βασικά όμοιες με αυτές του οσφυϊκού επισκληρίδιου καθετήρα.

3. Ιερός επισκληρίδιος αποκλεισμός

Παρόλο ότι οι ενέσεις στην ιερά περιοχή γίνονται με ακτινοσκοπική καθοδήγηση, σπάνια τοποθετούμε ιερούς επισκληρίδιους καθετήρες για την αντιμετώπιση του πόνου στους ενήλικες.

Γ. ΠΑΡΑΣΠΟΝΔΥΛΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ ΝΕΥΡΩΝ

Οι διαδικασίες των παρασπονδυλικών αποκλεισμών νεύρων στα κλασικά συγγράμματα αφορούσαν την παροχή αναισθησίας στις εγχειρήσεις και δεν είχαν διαγνωστικό ή θεραπευτικό σκοπό. Οι πρότυπες διαδικασίες τονίζουν την ασφάλεια

και καλύπτουν την περιοχή με μεγάλους όγκους. Με τον τρόπο αυτό δεν είναι δυνατή η απομόνωση μιας μόνο ρίζας νεύρου για διάγνωση ούτε υπάρχει η πιθανότητα εισόδου στον επισκληρίδιο χώρο των νευρικών ριζών για θεραπεία.

Η ένεση τοπικού αναισθητικού μέσα στα νεύρα προκαλεί κάκωση λόγω διάσπασης που οφείλεται στον όγκο και στην πίεση που ασκείται από την ένεση. Η ίδια βελόνα δεν προκαλεί κάκωση που να γίνεται κλινικά αντιληπτή, εκτός αν το νεύρο τρυπηθεί κατ'επανάληψη. Επομένως, αν χορηγούνται, μικρές ποσότητες πολύ αργά, δεν δημιουργείται αισθητή κάκωση και εξασφαλίζεται ο αποκλεισμός.

Ενδείξεις

1. καθορίζεται η ρίζα του νεύρου που εμπλέκεται στο επώδυνο σύνδρομο. Ο χειρουργός μπορεί τότε να προχωρήσει με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην αφαίρεση του μεσοσπονδύλιου δίσκου ή στην αποσυμπίεση της ρίζας που άγει τον πόνο.
2. όταν δεν ανακουφίζεται ο πόνος με την επισκληρίδιο χορήγηση στεροειδών με τη μέση προσπέλαση, γίνεται θεραπευτική ένεση στεροειδούς στην τραυματισμένη ή συμπιεσμένη ρίζα. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο κατά την αντιμετώπιση του πόνου της οσφυικής ριζίτιδας.

Διαδικασίες αποκλεισμού

1 .Αυχενικός παρασπονδυλικός αποκλεισμός νεύρου

Τα αυχενικά νεύρα εξέρχονται από τη ΣΣ επάνω από τον αντίστοιχο σπόνδυλο. Επιπλέον, η ρίζα του A1 δεν έχει αισθητική λειτουργία. Η ρίζα του A2 αναδύεται πλαγίως μεταξύ του A1 και A2 σπονδύλου, περνάει επάνω από την αρθρική απόφυση του A1 και αναδύεται μεταξύ των οπίσθιων τόξων των A1 και A2. κατανέμεται βασικά στο μείζον ινιακό νεύρο.

2 .Θωρακικός παρασπονδυλικός αποκλεισμός νεύρων

Πολλοί γιατροί πιστεύουν ότι δύσκολα επιτυγχάνεται ένας μόνο θωρακικός παρασπονδυλικός αποκλεισμός χωρίς να δημιουργηθεί πνευμοθώρακας. Στο γεγονός αυτό οφείλεται η ποικιλία των τεχνικών που προτείνονται.

Λόγω του σημαντικού κινδύνου πνευμοθώρακα με όλες αυτές τις προσπελάσεις, πρέπει να υπάρχει πράγματι ανάγκη για να χρησιμοποιηθεί η παρασπονδυλική προσπέλαση, αντί του συνήθους μεσοπλευρίου αποκλεισμού. Επιπλέον, εκτός αν έχει σημασία ο αποκλεισμός του οπίσθιου κύριου κλάδου της ρίζας του νεύρου, ο αποκλεισμός των μεσοπλευρίων νεύρων εξυπηρετεί εξίσου καλά και σπάνια προκαλεί πνευμοθώρακα. Ένας παρακαίμενος σκελετός θα διευκολύνει πολύ την αναγνώριση των οστικών σημείων που θα συναντήσει η βελόνα.

3. Οσφυϊκός παρασπονδυλικός αποκλεισμός νεύρων

Υπάρχουν δυο βασικές τεχνικές: η βελόνα κατευθύνεται είτε ουραία από την εγκάρσια απόφυση επάνω από το νεύρο ή κεφαλικά από την απόφυση κάτω από το νεύρο. Όπως με τους θωρακικούς αποκλεισμούς, χρησιμοποιώντας την τελευταία τεχνική, υπάρχει μεγαλύτερη ακρίβεια και αυξημένη πιθανότητα διάχυσης του διαλύματος κατά μήκος ή μέσα στο περινευρικό επισκληρίδιο έλυτρο. Ωστόσο, η ένεση στον υπαραχνοειδή χώρο είναι επίσης μια πιο συχνή επιπλοκή.

4 .Ιερός παρασπονδυλικός αποκλεισμός νεύρων

Για το διαγνωστικό αποκλεισμό μιας μόνο ρίζας νεύρου, πρέπει να βρεθεί η θέση που η κάθε ρίζα χωρίζεται ανατομικά από τις παρακείμενες ρίζες. Αυτή είναι στο πρόσθιο ιερό τρήμα, όπου αναδύεται ο πρόσθιος κύριος κλάδος από τον ιερό επισκληρίδιο χώρο και πορεύεται μέσα στην οπίσθια πύελο για να ενωθεί με το οσφυοιερό πλέγμα. Για τη συγκέντρωση στεροειδών κοντά στην προσκληθείσα ιερή ρίζα, γίνονται ιερές επισκληρίδιες ενέσεις, όταν η βελόνα βρίσκεται μέσα στο οπίσθιο τρήμα. Ο επισκληρίδιος χώρος της ρίζας του I 1 είναι σε βάθος 2 cm, του I2 σε 1,5cm, του I3 σε 1 cm και του I4 σε 0,5 cm.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ: Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

8.1. Πόνος , ένα ανθρώπινο συναίσθημα

Ο πόνος είναι ίσως το πιο ανθρώπινο και ταυτόχρονα όμως και το πιο επώδυνο συναίσθημα του ατόμου. Πολλές έρευνες τα τελευταία χρόνια έχουν ασχοληθεί με την καταπολέμηση του πόνου ωστόσο το φαινόμενο αυτό παραμένει αρκετά πολύπλοκο. Η ύπαρξη του πόνου συνδέεται με το συναίσθημα της ασθένειας ενώ πολλές φορές η απουσία του θεωρείται απόλυτη ένδειξη.

Είναι ένα προειδοποιητικό σινιάλο ότι «κάτι δεν πάει καλά» γι' αυτό το λόγο η απλή αντιμετώπισή του χωρίς προσπάθεια ανεύρεσης της αιτίας που τον δημιουργεί μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες για τον ασθενή. Το γεγονός ότι ο πόνος συνδέεται με το συναίσθημα της αρρώστιας και ίσως με το συναίσθημα της αδυναμίας και της θνησιμότητας του σώματος μας, τον καθιστά συχνά ένα δυσάρεστο και απειλητικό για την ζωή του ατόμου βίωμα. Ωστόσο είναι στενά συνδεδεμένος και με το συναίσθημα του άγχους που μας προειδοποιεί ότι κάτι πρέπει να αποφευχθεί. Σε ψυχολογικό επίπεδο ένα ιδιαίτερα έντονο συναίσθημα άγχους π.χ. λόγου πιθανής μη επιτυχής εγχείρησης θα μπορούσε να προκαλέσει "ψυχικό πόνο" που είναι δυνατόν να σωματοποιηθεί και να μετατραπεί σε έντονο σωματικό πόνο (ψυχογενείς πόνοι).

Τα τελευταία χρόνια, ο πόνος αντιμετωπίζεται ως ένας συνδυασμός παραγόντων:
βιολογικών
ψυχολογικών
κοινωνικών και
πολιτισμικών
που συμβάλλουν στην εμπειρία του πόνου ενός ατόμου.

Για να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί το καλύτερο πρόγραμμα θεραπείας Χρειάζεται ο λεπτομερής έλεγχος της παρούσας κατάστασης του πόνου του ασθενούς και του επιπέδου της λειτουργικότητας σε όλους τους παραπάνω τομείς.

8.2 Αξιολόγηση

- Η αξιολόγηση γίνεται σε δυο φάσεις:
- με μια ειδικά διαμορφωμένη κλινική **συνέντευξη**
 - με μετρήσεις από **γραπτά ερωτηματολόγια**

Οι πληροφορίες συλλέγονται για να δημιουργήσουν την εικόνα του ατόμου, μελετώντας σωματικούς παράγοντες, παράγοντες συμπεριφοράς, ψυχοκοινωνικούς και οικονομικούς που επηρεάζουν τον πόνο και την κατάσταση λειτουργικότητας του ασθενούς.

8.2.1 Κλινική συνέντευξη

Η συνέντευξη γίνεται με βάση ένα ειδικά διαμορφωμένο σχέδιο για να συγκεντρωθούν όλες οι πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τον πόνο.

Οι παράγοντες λοιπόν που καταγράφονται και μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τον πόνο είναι οι εξής:

- Τα χαρακτηριστικά του πόνου.
- Η συμπεριφορά αντιμετώπισης του ασθενούς απέναντι στον πόνο.
- Η συμπεριφορά του πόνου.
- Το ιατρικό ιστορικό του πόνου και σχέση του ασθενούς με το σύστημα φροντίδας υγείας.
- Η ηλικία – το βάρος του ασθενούς.
- Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι κοινωνικές προκαταλήψεις
- Το επαγγελματικό περιβάλλον και οι οικονομικές επιπτώσεις.
- Η λειτουργική ανικανότητα.
- Η οικογενειακή κατάσταση και κατά πόσο αυτή έχει επηρεαστεί.
- Η συναισθηματική ταλαιπωρία και η ψυχολογική διαταραχή.

Χαρακτηριστικά του πόνου



Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αναφέρονται οι αιτίες του πόνου.

- Ο γιατρός ελέγχει την εντόπιση, την ένταση, τη διάρκεια και τις διακυμάνσεις του.
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί ελεύθερα και να χρησιμοποιήσει συναισθηματικούς χαρακτηρισμούς ώστε να κατανοήσουμε τη συναισθηματική ανταπόκριση του στον πόνο.
- Δίνει στον ασθενή κλίμακες αυτοαξιολόγησης

όπου καθορίζει τον πόνο του σε μια κλίμακα από 0-10.

Συγκεντρώνει έτσι όλες τις πληροφορίες και επεξεργάζεται τους παράγοντες που επηρεάζουν τον πόνο. Υπάρχουν δραστηριότητες που μπορεί να τον επιδεινώνουν και άλλες που να τον ανακουφίζουν. Για παράδειγμα, ο πόνος μπορεί να αυξηθεί σημαντικά όταν ο ασθενής εργάζεται, ενώ αντίθετα μειώνεται στο διάλειμμα ή στις διακοπές.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι πόνου που υποδηλώνουν επεμβατική εμπλοκή:

- Πόνος εμφανής και θορυβώδης με αποτέλεσμα τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς να αναλαμβάνουν την διεκπεραίωση των υποχρεώσεων του.
- Πόνος με διαφορεική τάση για δυσάρεστες αντί για ευχάριστες καταστάσεις ή υπευθυνότητες οι οποίες τον αυξάνουν.
- Πόνος που ανακουφίζεται με τα φάρμακα, την ανάπαυση ή την ένδειξη ενδιαφέροντος .
- Πόνος κατά την εμφάνιση του οποίου ο ασθενής παύει κάθε δραστηριότητα.
- Πόνος που αυξάνει με κάθε είδους δραστηριότητα

- Πόνος με σταθερή και αμετάβλητη μορφή που δεν εμφανίζει περιόδους μειωμένης έντασης
- Πόνος που επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου αλλά δεν εμποδίζει τον ύπνο του.

Σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει μια παρανόηση, ότι ο ύπνος είναι αξιόπιστη ένδειξη της ανακούφισης του πόνου, κάτι που στην πραγματικότητα δεν ισχύει. Οι ασθενείς συνήθως παραπονιούνται ότι ο επίμονος πόνος παρεμβαίνει στον ύπνο τους. Το πρόβλημα αυτό οδηγεί σε χρόνια κόπωση και νύχτες αϋπνίας. Από την άλλη πλευρά, ορισμένες φορές ξυπνούν τους ασθενείς για να εκτιμηθεί ο πόνος τους και η ανακούφιση του. Όταν ξυπνήσουν μερικοί αναφέρουν ότι έχουν ισχυρό πόνο, ενώ άλλοι καταφέρνουν και κοιμούνται παρά τον έντονο πόνο. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην κατασταλτική δράση των διαφόρων φαρμάκων.

Συμπεριφορά αντιμετώπισης του ασθενούς απέναντι στον πόνο



Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αποκαλύπτεται η στάση του ασθενούς, απέναντι στον πόνο. Αν συνεργάζεται με το γιατρό και τα άλλα μέλη της φροντίδας υγείας, αν έχει ενεργό ρόλο στο σχεδιασμό και την εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας του, αν έχει εμπιστοσύνη στα φάρμακα και τις χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και αν συμμετέχει σε ομάδες υποστήριξης.

Συμπεριφορά πόνου

Σημαντικές πληροφορίες συλλέγονται από την παρακολούθηση τη λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς του ασθενούς.

Ο ασθενής κάνει διάφορους μορφασμούς, αναστεναγμούς και συχνές αλλαγές της στάσης του σώματος για να εκφράσει τον πόνο του κατά την διάρκεια της συνέντευξης όλη αυτή η συμπεριφορά καταγράφεται από τον γιατρό εφόσον ονομάζεται συμπεριφορά πόνου.

Έτσι υπάρχουν διάφορα είδη ασθενών:

- Ασθενείς που δίνουν έμφαση στην ταλαιπωρία τους, τονίζοντας αυτή τη συμπεριφορά ή ζητώντας συγγνώμη από το γιατρό.
- Ασθενείς που έχουν ταυτιστεί απόλυτα με αυτή τη συμπεριφορά και δεν το αντιλαμβάνονται.
- Ασθενείς που κάνουν μορφασμούς ή παίρνουν προφυλάξεις αλλά σε μικρότερο βαθμό.
- Ασθενείς που δεν παρουσιάζουν συμπεριφορά πόνου ή αυτή είναι πολύ μικρή.
- Ασθενείς που παραδέχονται ότι πονούν αλλά προτιμούν να μην το δείξουν.
- Ασθενείς που μπορεί να παραπονεθούν για τον πόνο τους σ' ένα μέλος της οικογένειάς τους, αυτό να το πει στη νοσηλεύτρια και όταν ο ασθενής

ερωτηθεί από εκείνη αν πονά να το αρνηθεί. Ή να το παραδεχτούν στη νοσηλεύτρια αλλά να το αρνηθεί στο γιατρό.

Συχνά όλο αυτό δημιουργεί μια δυσπιστία του ιατρικού προσωπικού σχετικά με την παρουσία πόνου, ενώ στην πραγματικότητα υπάρχει.

- Τα παιδιά επίσης πολλές φορές δεν αναφέρουν ότι πονούν, επειδή φοβούνται την ένεση.
- Μια άλλη ομάδα ασθενών είναι και οι ηλικιωμένοι. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που οι ηλικιωμένοι σκοπίμως δεν αναφέρονται αρκετά στον πόνο τους. Για παράδειγμα, φοβούνται ότι τα αναλγητικά θα τους προκαλέσουν σύγχυση και υπνηλία, που θα οδηγήσει σε πιο σοβαρές κακώσεις από πτώσεις και ατυχήματα. Ορισμένοι ασθενείς απλά πιστεύουν ότι ο πόνος είναι μια φυσιολογική συνέπεια της ηλικίωσης και ότι πρέπει κάπως να το υπομένουν. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς δέχονται παθητικά τη φροντίδα υγείας εν μέρει επειδή είναι απληροφόρητοι σχετικά με την παρεχόμενη ανακούφιση του πόνου και εν μέρει επειδή φοβούνται να παραπονεθούν για τον πόνο.
- Ασθενείς που μερικές φορές κρατούν αμυντική στάση όταν βλέπουν το ερωτηματολόγιο αυτό- αξιολόγησης.

Ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχουν σωστή κλινική κρίση σχετικά με τον κατάλληλο χρόνο και την έκταση των ερωτήσεων σ' αυτό το πεδίο.

Ιατρικό ιστορικό του πόνου και η σχέση του ασθενούς με το σύστημα φροντίδας υγείας

Γίνεται πλήρης έλεγχος του ιατρικού ιστορικού του πόνου για να διαπιστωθεί η σχέση του ασθενούς με το σύστημα υγείας.

- Για παράδειγμα, μπορεί ο ασθενής να μην συμμετέχει στην δική του φροντίδα υγείας εξαιτίας απογοήτευσης που είχε στο παρελθόν με ορισμένους από τους λειτουργούς υγείας ή με μεθόδους θεραπείας.
- Αντίθετα, ασθενής που ενδίδει χωρίς επιφύλαξη σε πολλαπλές επεμβατικές διαδικασίες που δεν παρέχουν σημαντική βελτίωση ενδεχομένως σημαίνει έλλειψη θετικότητας εκ μέρους του.
- Ασθενής που απασχολεί με λάθος τρόπο τη φροντίδα υγείας, μαρτυρεί την έλλειψη συντονισμού μεταξύ των λειτουργών υγείας.

Όλα τα παραπάνω μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάστασης του ατόμου.

Ιστορικό των φαρμάκων που έχει χρησιμοποιηθεί

- Συλλέγονται πληροφορίες για όλα τα φάρμακα του πόνου και γι' αυτά που έχει πάρει πρόσφατα ο ασθενής, τη δόση και τον τρόπο χορήγησης- λήψης.
- Καταγράφονται όσα χρειάζονται συνταγή και αυτά που δεν χρειάζονται.
- Επίσης ελέγχεται η ημερήσια μέση λήψη καθώς και η ελάχιστη και η μέγιστη ημερήσια δόση.

- Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση ή ελάττωση των φαρμάκων, επειδή ορισμένες φορές αποκαλύπτουν τύπους συμπεριφοράς ή επεμβατικούς παράγοντες που εμπλέκονται με τα προβλήματα του πόνου.

Ο τρόπος λήψης των φαρμάκων διαφέρει από άτομο σε άτομο, υπάρχουν ασθενείς που:

- Παίρνουν τα φάρμακα τους σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Άλλοι που περιμένουν να φτάσει ο πόνος στη μεγαλύτερη ένταση για να τα πάρουν και
- Μερικοί που παίρνουν αυξημένες δόσεις για να προλάβουν τον πόνο.

Ηλικία ασθενούς

Η ηλικία ασθενούς είναι ακόμα ένας παράγοντας που επηρεάζει τον πόνο. Τα μικρά παιδιά και οι ηλικιωμένοι συνήθως είναι πιο ευαίσθητοι απέναντι στον πόνο και εμφανίζουν έντονη συμπεριφορά πόνου.

Θρησκευτικές πεποιθήσεις

Υπάρχουν ασθενείς που, σύμφωνα με τις θρησκευτικές τους δοξασίες, πιστεύουν ότι ο πόνος συνδυάζεται με τη λύτρωση, δηλαδή ότι θεωρείται ένα μέσον κάθαρσης. Ωστόσο, έχει σημασία να διαχωρίζεται ο θρησκευτικός φανατισμός από το σαδομαζοχισμό. Στην περίπτωση αυτή, η συμβουλή ενός εμπείρου ιερωμένου θα είναι το κλειδί της σωστής αντιμετώπισης του πόνου.

Επαγγελματικό περιβάλλον και οικονομικές επιπτώσεις

Ερευνάται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης η παρούσα κατάσταση εργασίας.

- Αν ο ασθενής εξακολουθεί να εργάζεται.
- Ποιες είναι οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνει στην δουλειά του.
- Ο αριθμός των ημερών που απουσίασε.
- Οι επισκέψεις στο γιατρό.
- Αν η κάκωση σχετίζεται άμεσα με την εργασία.
- Αν ο ασθενής έχει την ίδια απόδοση εργασίας με παλαιότερα και πόσο αυτή η απόδοση έχει μειωθεί.
- Αν είναι ικανοποιημένος από την εργασία του.
- Ποιες είναι οι σχέσεις του με τους συναδέλφους και τον εργοδότη του.

Όλες αυτές οι πληροφορίες είναι χρήσιμες γιατί καθορίζουν τις επιδράσεις που έχει ο πόνος στην λειτουργικότητα του ασθενούς. Όταν το επαγγελματικό περιβάλλον του ασθενούς είναι ικανοποιητικό η επιστροφή του στην εργασία συνήθως γίνεται σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα. Αυτό ισχύει περισσότερο για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο και όσους υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία.

Σ' αυτό το σημείο καθορίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την αναφορά και τη συμπεριφορά του πόνου.

Μερικοί απ' αυτούς είναι οι εξής:

- Όταν τα μέλη της οικογένειας προτιμούν την παραμονή του ασθενούς στο σπίτι παρά να εργαστεί με αποτέλεσμα ο ασθενής να αδρανοποιείται, να μην αναλαμβάνει τις υποχρεώσεις του και να γίνεται ακόμη πιο ευαίσθητος στην αντιμετώπιση του πόνου.
- Όταν ο ασθενής πιστεύει ότι θα ωφεληθεί από την αποζημίωση που θα πάρει μετά από την κάκωση είναι λιγότερο διατεθειμένος να ξαναρχίσει να λειτουργεί φυσιολογικά.

Αντίθετα όταν ο ασθενής που είναι άνεργος και χρειάζεται χρήματα αντιμετωπίζει με περισσότερη δύναμη τον πόνο και επιστρέφει γρηγορότερα στα καθήκοντα του.

- Όταν ο ασθενής περιμένει να απαλλαγεί εντελώς απ' τον πόνο για να επιστρέψει στην εργασία του.

Ο γιατρός πρέπει να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή ώστε να μπορεί να δεχτεί και να αντιμετωπίζει την ταλαιπωρία και τον αυξημένο πόνο στον χώρο εργασίας του.

Λειτουργική ανικανότητα

Για να καθορίσουμε το επίπεδο της λειτουργικότητας του ασθενούς ζητάμε απ' αυτόν να μας περιγράψει με λεπτομέρειες πώς περνάει την μέρα του. Την ποσότητα και την ώρα των γευμάτων του, τις δραστηριότητες του, το χρόνο που χρειάζεται για να τις εκτελέσει κ.α .

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ασθενών που επηρεάζονται διαφορετικά απ' τον πόνο και εμφανίζουν συγκεκριμένη συμπεριφορά πόνου.

- Ασθενείς που λόγω του πόνου χάνουν τη δομή της ημέρας και βρίσκουν πώς υπάρχουν πολλές ώρες που πρέπει να γεμίσουν. Έτσι καταναλώνουν πολλές ώρες ξαπλωμένοι στο κρεβάτι.
- Ασθενείς με φορτωμένο πρόγραμμα χωρίς ή με πολύ μικρή περίοδο ανάπαυσης.
- Ασθενείς με παρατεταμένους περιόδους αδράνειας και ανάνηψης με σποραδικές εκρήξεις μεγάλης δραστηριότητας.
- Ασθενείς που εκλεκτικά περιορίζουν τις ευχάριστες δραστηριότητες αυξάνοντας τις δυσάρεστες.
- Ασθενείς που περιορίζουν τις δραστηριότητες που έκαναν πριν απ' το πρόβλημα του πόνου έναντι των σπάνιων.
- Ασθενείς που η λειτουργικότητα τους διαφέρει από δραστηριότητα σε δραστηριότητα. Για παράδειγμα μπορούν να ασχοληθούν με το σπίτι, τον κήπο αλλά δεν μπορούν να κινηθούν άνετα στην εργασία τους.
- Ασθενείς με διάθεση να δοκιμάζουν στο έπαρκο περιοδικά με αποτέλεσμα μεγάλες περιόδους ανικανότητας και ανάνηψης.
- Ασθενείς που είναι απρόθυμοι να κάνουν οποιαδήποτε δραστηριότητα.
- Ασθενείς που επηρεάζονται απ' το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους επειδή υπερπροστατεύονται απ' αυτό και δεν προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον πόνο τους.

- Ασθενείς που βιώνουν τις περιορισμένες δραστηριότητες σε αναπλήρωση ή υποκατάσταση των ευχάριστων δραστηριοτήτων.

Οικογενειακή κατάσταση και κατά πόσο αυτή έχει επηρεαστεί

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου για τον ασθενή έχει η σχέση του με τον γάμο και την οικογένεια του. Έρευνες έχουν δείξει ότι η σχέση του γάμου έχει ισχυρότερη επίδραση στο πρόβλημα του πόνου από τις ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις.

Γι' αυτό εξετάζονται οι παρακάτω παράγοντες:

- Οι διαφωνίες που μπορεί να υπάρχουν ανάμεσα στο ζευγάρι.
- Αν η συμπεριφορά πόνου και η ανικανότητα του ασθενούς έχει ενισχυθεί από το γάμο ή την οικογενειακή μονάδα.
- Αν τα υπάρχοντα προβλήματα πόνου εξυπηρετούν ως μέσο επικοινωνίας στο γάμο.
- Αν υπήρχε ικανοποίηση από το γάμο πριν από την έναρξη του πόνου και μέχρι τελευταία.

Όταν ένας από τους δυο συζύγους πονάει, αυξάνει η ένταση στις σχέσεις τους και συνήθως και τότε ο ασθενής γίνεται ακόμα πιο απότομος ή ευερέθιστος.

- Αν μετά το πρόβλημα του πόνου άρχισαν διαφωνίες για τα οικονομικά ή τις αλλαγές που έχει υποστεί η σχέση τους.
- Αντίθετα, ο πόνος μπορεί να φέρνει πιο κοντά μερικά ζευγάρια, τα οποία αναφέρουν ότι βρίσκονται τώρα περισσότερο μαζί ή ότι από τον καιρό που επισκέπτονται τόσους γιατρούς μαζί, έχουν πιο πολύ χρόνο να συζητούν σε σχέση με πριν.
- Αν η οικογένεια δείχνει μεγάλη ανησυχία και υπερπροστασία προς τον ασθενή μπορεί να ενισχύει την "άρρωστη" συμπεριφορά του.

Απ' αυτούς τους παράγοντες καθορίζεται η λειτουργικότητα του ασθενούς και οι επιπτώσεις στο πρόβλημα του πόνου, με την έννοια του αυξημένου επιπέδου του stress και του άγχους που συμβάλλει στην εμπειρία του πόνου.

Συναισθηματική ταλαιπωρία και ψυχολογική διαταραχή

Ένας ακόμη παράγοντας που έχει επίδραση στον πόνο είναι ο χρόνος. Με την πάροδο του μπορεί να υπάρξει μια ανεπιθύμητη επίδραση στη διάθεση του αρρώστου που πονάει. Η επίδραση μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρή, ανάλογα με τους παράγοντες που περιλαμβάνουν το επίπεδο του πόνου, της έντασης του, της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου τόσο πριν αρρωστήσει όσο και την πρόσφατη.

Ψυχολογικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν ή να επιπλέξουν το συνολικό πρόβλημα του πόνου είναι η εξής:

- Η κατάθλιψη

Μπορεί να εκδηλωθεί:

όταν ο ασθενής

- δεν κάνει καμία ευχάριστη ή ενισχυτική δραστηριότητα

- εκτείνεται σε δυσάρεστα ερεθίσματα (πόνος)
- δεν έχει κοινωνικές σχέσεις
- έχει μειωμένη ικανότητα να απασχοληθεί με παραγωγικές δραστηριότητες που προσφέρουν ικανοποίηση στο άτομο

όταν

- αλλάζει ο ρόλος του ασθενούς στη σχέση του (από το να παρέχει φροντίδα, να δέχεται)
- υπάρχουν οικονομικές επιπτώσεις, που συμβάλλουν στη μείωση της αυτοεκτίμησης και στην αποδοκιμασία του εαυτού τους.
- υπάρχουν συνεχής διαμάχη με τις νομικές υπηρεσίες, οι οποίες αυξάνουν το stress που υπάρχει και η προοπτική μιας αποτυχημένης έκβασης συντελεί στην κατάθλιψη
 - Η έλλειψη αντιμετώπισης
 - Τα νευροψυχολογικά ελλείμματα
 - Τα ελλείμματα γνωσιακών λειτουργιών
 - Το προβλήματα κοινωνικής ικανότητας
 - Η κύρια ψυχολογική πάθηση
 - Παράγοντες της προσωπικότητας (υστερία, υποχονδρία)

Για παράδειγμα, συχνά οι ασθενείς έχουν μια επίμονη προσήλωση στον πόνο αποκλείοντας άλλα γεγονότα ή ενδιαφέροντα της ζωής, που μπορεί να αντιπροσωπεύει χαρακτηριστικά υστερικής προσωπικότητας ή σωματοποίησης.

Κλείνοντας τη συνέντευξη

Η κλινική συνέντευξη τελειώνει με την ανατροφοδότηση του ασθενούς και τη διατύπωση του αρχικού προγράμματος θεραπείας. Σε ορισμένους ασθενείς δεν συνίσταται η παρέμβαση ιατρικής της συμπεριφοράς, όπως στους ασθενείς που αρνούνται μια προσέγγιση που δεν προσφέρει ειδική ιατρική θεραπεία ή χειρουργική παρέμβαση. Καλύτερα επίσης να αναβάλλεται η θεραπεία σε περιπτώσεις καθαρής διαταραχής της σκέψης, μέχρις ότου η ψυχοπαθολογία του ασθενούς είναι υπό φαρμακευτικό έλεγχο. Συνήθως, οι άρρωστοι που δεν είναι κατάλληλοι για θεραπεία έχουν ήδη εκφράσει την απροθυμία τους για περαιτέρω παρέμβαση ιατρικής της συμπεριφοράς. Εδώ ο κλινικός γιατρός επικεντρώνεται στην επανάληψη της σημασίας της αποκατάστασης και όχι σε ένα θεραπευτικό μοντέλο αντιμετώπισης του πόνου, επισημαίνοντας ότι υπάρχει πιθανότητα να αυξηθεί ή να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του ασθενούς ακόμη και παρουσία συνεχούς πόνου. Για τους ασθενείς αυτούς που δεν είναι έτοιμοι να αρχίσουν μια θεραπεία αποκατάστασης, η αρχική κλινική συνάντηση μπορεί να χρησιμεύσει σαν εκπαιδευτική εμπειρία και να θέσει τα θεμέλια μιας μελλοντικής συνεργασίας.

Στους ασθενείς που δεν είναι έτοιμοι για θεραπεία, η συνέντευξη τελειώνει με ανασκόπηση των σημαντικών κλινικών χαρακτηριστικών και απόψεων που αφορούν τον άρρωστο (δηλαδή πρόσφατη έλλειψη δραστηριότητας, διάθεση, οικογενειακοί παράγοντες), μαζί με μια σύντομη περιγραφή της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής και των ειδικών παρεμβάσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Για παράδειγμα, ο γιατρός μπορεί να πει "αντιλαμβάνομαι ότι ο πόνος σε έχει ταλαιπωρήσει πολύ. Θα πρότεινα να...".

8.2.2. Γραπτά ερωτηματολόγια

Η χρήση γραπτών εργαλείων στην αξιολόγηση του χρόνιου πόνου είναι ουσιαστική. Ένα εργαλείο παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες αυτό-αξιολόγησης για την ειδική κατάσταση του ασθενούς, μια σύντομη ανασκόπηση των προβλημάτων που διαπιστώθηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης καθώς και του ελέγχου αξιοπιστίας/μεταβλητότητας των λεκτικών δεδομένων της συνέντευξης. Σε πολλές περιπτώσεις οι απαντήσεις του αρρώστου μπορούν να συγκριθούν με τα υπάρχοντα πρότυπα για να εξακριβωθεί κατά πόσο ψεύδεται σε σχέση με άλλα άτομα που έχουν τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα. Συνήθως πριν από την έρευνα θα έχει καθοριστεί η πιθανότητα επιτυχίας ή καταλληλότητας δοθέντος πρωτόκολλου θεραπείας ή προσέγγισης.

Με τον ίδιο τρόπο, τα τυποποιημένα εργαλεία έχουν μεγάλη σημασία για το σχέδιο μελέτης της έρευνας, επιτρέποντας τόσο την ειδικευμένη επιλογή του αντικειμένου όσο και την περιγραφή.

Τα εργαλεία που συνήθως χρησιμοποιούνται στη Μονάδα Ιατρικής της Συμπεριφοράς του Τμήματος Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης περιγράφονται παρακάτω.

Sickness Impact Profile (sip)

Το SIP είναι ένα από τα πλέον χρησιμοποιούμενα μέτρα της κατάστασης υγείας στις κλινικές πόνου.

- Αποτελείται από 136 μέρη σε σχήμα καταλόγου που αξιολογεί την επίδραση των προβλημάτων της υγείας σε 12 περιοχές της λειτουργικότητας: βάδιση, κινητικότητα, φροντίδα σώματος και κίνησης, κοινωνική αλληλεπίδραση, επικοινωνία, ετοιμότητα, συναισθηματική συμπεριφορά, ύπνος, διατροφή, εργασία, οικιακή διαχείριση και ψυχαγωγία.
- Βαθμολογείται και σχηματίζει τρεις σύνθετες κλίμακες: φυσική, ψυχοκοινωνική και ολική, που περιλαμβάνουν πληροφορίες φυσικές, ψυχοκοινωνικές, εργασίας και ψυχαγωγίας.
Η αξιοπιστία και η αξία του σαν μέτρο δυσλειτουργίας των ασθενών που πονούν έχει καλά εδραιωθεί.

Κλίμακα Σχέσης Πόνου και Δυσλειτουργίας

Επειδή η συμπεριφορά, οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες έχουν αποδείξει ότι καθορίζουν την ανταπόκριση στην αποκατάσταση του πόνου, έχει σημασία να αξιολογούνται αυτά που πιστεύουν οι ασθενείς για τον πόνο τους. Συχνά, μετά από παρατεταμένη και ανεπιτυχή θεραπεία, οι ασθενείς αναπτύσσουν πεποιθήσεις και προσδοκίες που μπορεί να επιπλέξουν τις προσπάθειες περαιτέρω θεραπείας. Μια τέτοια πεποίθηση είναι ότι είναι ανίκανοι να έχουν μια φυσιολογική, παραγωγική ζωή όσο αισθάνονται τον πόνο. Προσπαθούν συνεχώς να αναζητούν θεραπεία του πόνου, αγνοώντας οτιδήποτε άλλο και όταν δεν βρίσκεται η μαγική θεραπεία, οι άρρωστοι

αυτοί παραμένουν ανίκανοι, διατρέχοντας τον κίνδυνο να αποδιοργανώσουν περισσότερο τη ζωή τους.

Η PAIRS αναπτύχθηκε για να εκτιμήσει ως ποιο σημείο οι ασθενείς με χρόνια πόνο πιστεύουν ότι δεν είναι ικανοί να λειτουργήσουν φυσιολογικά εξαιτίας του πόνου.

- Η κλίμακα είναι ένα μέτρο από 15 μέρη που εκτιμά το βαθμό που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη λειτουργική τους κατάσταση σχετικά με το επίπεδο του πόνου τους. Κάθε δήλωση μετράει δοθείσα σκέψη, στάση ή γνώμη για τον πόνο.
- Οι ασθενείς επιβεβαιώνουν κάθε στοιχείο σε μια επταβάθμιο κλίμακα του Likert.
- Οι απαντήσεις προστίθενται για να βρεθεί η συνολική βαθμολογία. Οι ψηλές βαθμολογίες επισημαίνουν ότι τα άτομα έχουν μεγαλύτερη τάση να εξισώνουν τον πόνο με τη δυσλειτουργία και να περιορίζουν τη λειτουργικότητα όταν υπάρχει πόνος.

Η έρευνα με τη χρησιμοποίηση PAIRS έδειξε ικανοποιητική εσωτερική σταθερότητα και σημαντική συσχέτιση με άλλα μέτρα του γνωσιακού συστατικού του συνδρόμου του χρόνιου πόνου. Επιπλέον, έχει αποδειχτεί ότι στον πληθυσμό με χρόνια οσφυαλγία η βαθμολογία με PAIRS ανταποκρίνεται σημαντικά στα μέτρα της φυσικής δυσλειτουργίας, αλλά όχι στην ιατρική βαθμονόμηση της βαρύτητας της νόσου ούτε επηρεάζεται από τα μέτρα της ευνοϊκής απάντησης της αυτό-αξιολόγησης.

Πολυπαραγοντική Δοκιμασία Προσωπικότητας της Μινεσότα

- Η ΙΜΠΙ είναι ένα μέτρο αυτό-αξιολόγησης με εμπειρική βάση, που αποτελείται από 566 στοιχεία που παρέχουν ένα προφίλ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας.
- Χρησιμοποιήθηκε εκτεταμένα τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα του πληθυσμού με χρόνια πόνο. Σε μια από αυτές τις μελέτες βρέθηκε ότι η ΜΜΠΙ προβλέπει με επιτυχία την ανταπόκριση στη χειρουργική και τη συντηρητική θεραπεία του πόνου. Η υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα ΜΜΠΙ, που αντανακλά την ψυχοπαθολογία, συνδυαζόταν με κακή έκβαση.

8.3 Παρεμβάσεις

Η παρέμβαση βασίζεται στη θέληση του ασθενούς να υποβληθεί σε αποκατάσταση του πόνου, με στόχο τη θεραπεία που θα βοηθήσει να επιτύχει τη μέγιστη λειτουργικότητα παρά την παραμένουσα εμπειρία του πόνου.

Οι γενικοί στόχοι της θεραπείας είναι οι εξής:

1. μείωση της συμπεριφοράς πόνου και του βαθμού προσήλωσης του ασθενούς στον πόνο του.
2. αύξηση του επιπέδου δραστηριότητας και λειτουργικής ικανότητας.
3. μείωση της δυσφορίας και της επακόλουθης συναισθηματικής ταλαιπωρίας που βιώνουν οι ασθενείς.
4. διευθέτηση της ενδεχόμενης συμπεριφοράς πόνου από την οικογένεια και άλλα σημαντικά πρόσωπα.
5. μείωση της υπερβολικής απασχόλησης της φροντίδας υγείας.

Τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς και της συμπεριφοράς πόνου

Η μείωση της συμπεριφοράς πόνου επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση θεωρητικών τεχνικών μάθησης. Για παράδειγμα, η συμπεριφορά πόνου αγνοείται από το θεραπευτή και τα μέλη της ομάδας θεραπείας. Δεν αντιδρούν σε στεναγμούς, αιτιάσεις πόνου, μορφασμούς και προφύλαξη, ούτε το προσωπικό του πόνου εμπλέκεται σε συζητήσεις για συμπεριφορά ή δραστηριότητα σχετικά με τον πόνο, εκτός αν ενδείκνυται ιατρικώς. Αντίθετα, το προσωπικό ενθαρρύνει τον ασθενή στις επιτυχίες του στο πρόγραμμα ασκήσεων, π.χ., για το χρόνο που καταναλώνει περπατώντας ή παραμένοντας έξω από το κρεβάτι. Ο ασθενής παροτρύνεται να επιτύχει να λειτουργεί με μεγαλύτερη ανεξαρτησία.

Αυξημένο επίπεδο δραστηριότητας

Ο ασθενής ενισχύεται επειδή βελτίωσε τους στόχους της λειτουργικής δραστηριότητας, που μπορεί να αφορούν ελάττωση του χρόνου "κατάπτωσης", αύξηση των επαναληπτικών ασκήσεων και συμμετοχή σε άλλες λειτουργικές δραστηριότητες, όπως βάδισμα ή αυξημένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια διαφόρων τεχνικών.

- Αυτοκαταγραφή δραστηριοτήτων και συμπεριφοράς.

Ο ασθενής ενθαρρύνεται να καταγράψει καθημερινά τις δραστηριότητες του. Καταγράφονται οι συνεδρίες χαλάρωσης με βαθμονόμηση πριν και μετά τόσο του πόνου όσο και της έντασης καθώς και ασκήσεις φυσικοθεραπείας. Σημειώνεται, επίσης ο χρόνος που καταναλώθηκε στο βάδισμα ή στις κοινωνικές δραστηριότητες. Ακόμη, πρέπει να σημειώνονται τύποι συμπεριφοράς που αναμένεται να βελτιώσουν τις λειτουργικές και θετικές δραστηριότητες με επακόλουθο τη μείωση της συμπεριφοράς δυσλειτουργίας (υπερβολική παραμονή στο κρεβάτι). Ο ασθενής μαθαίνει γρήγορα να ακολουθεί το είδος της δικής του δραστηριότητας και να προοδεύει, εφόσον συνηθίσει την αυτοκαταστροφή.

Τα ημερολόγια του ασθενούς και οι καταγραφές χρησιμοποιούνται στις συνεδρίες θεραπείας για να επισημάνουν προβληματικές περιοχές και λύσεις προβλημάτων ή πιο θετικά, να ενισχύσουν τις επιτυχίες και τις πρωτοβουλίες του ασθενούς. Κατά τις μετέπειτα φάσεις της θεραπείας τα ημερολόγια δραστηριότητας μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στον καθορισμό του στόχου με προοδευτική βελτίωση της συμπεριφοράς αυτής που οδηγεί στην πραγματοποίηση του στόχου.

- Καθορισμός του στόχου

Η τοποθέτηση του στόχου χρησιμεύει ως μέσον προετοιμασίας του ασθενούς για την αλλαγή συμπεριφοράς και ως εκπαιδευτικό εργαλείο. Ο ασθενής μαθαίνει τις βασικές αρχές της επιλογής μιας δραστηριότητας που τη χωρίζει σε εύκολες και πραγματοποιήσιμες συμπεριφορές. Για παράδειγμα, να γευματίσει έξω, που σημαίνει να αναπτύξει αρκετή αντοχή για να παραμείνει καθιστός και να χειριστεί ένα γεύμα με πολλά είδη φαγητών. Καθώς αποκτά ικανότητες, η συμπεριφορά διαμορφώνεται και μοιάζει με το στόχο. Τέλος, όταν επιτευχθεί ο αρχικός στόχος, δημιουργούνται νέοι που παίρνουν τη θέση τους. Όλοι οι στόχοι δεν αφορούν αμιγείς φυσικές

δραστηριότητες. Η αυξημένη επαφή με φίλους ή πρώην συναδέλφους, η αναζήτηση εργασίας και η κοινωνική προσαρμογή, όλα αυτά χρησιμεύουν για να αυξήσουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς.

- Κατάτμηση Δραστηριοτήτων

Μέρος της κατάτμησης δραστηριοτήτων είναι η ικανότητα του ασθενούς να ρυθμίσει όχι μόνο το είδος της δραστηριότητας που αναλαμβάνει, αλλά επίσης τον κατάλληλο χρόνο για να την εκτελέσει. Μαθαίνει να αναλαμβάνει ορισμένη συμπεριφορά για καθορισμένη χρονική περίοδο ώστε να αποφεύγει την υπερβολή (π.χ., να κάθεται εμπρός στον ηλεκτρονικό υπολογιστή για 25 λεπτά και να κάνει ένα διάλειμμα 2-5 λεπτών πριν επιστρέψει). Μια άλλη μέθοδος κατάτμησης δραστηριοτήτων είναι να χωρίζει μια μεγάλη εργασία σε μικρότερα τμήματα (π.χ., ετοιμάζοντας ένα γεύμα σταδιακά αντί να περιμένει την ώρα του φαγητού).

- Απασχόληση της φροντίδας υγείας

Η θεραπεία ενθαρρύνει ακόμη την ελάττωση του αριθμού των επισκέψεων στα ιατρεία πόνου ή στα επείγοντα περιστατικά, στα χειρουργεία και στα φαρμακεία που έχουν σχέση με τη δυσλειτουργία του πόνου ή τη λειτουργικότητα. Αυτό επιτυγχάνεται με το συντονισμό και την επικοινωνία όλων των μελών της ομάδας θεραπείας, ώστε ο ασθενής να παίρνει ένα σταθερό μήνυμα και μια θεραπευτική προσέγγιση από όλους τους λειτουργούς υγείας.

- Φάρμακα

Οι ασθενείς με χρόνια πόνο συνήθως χρησιμοποιούν μια ποικιλία φαρμάκων που ανακουφίζουν τον πόνο. Έχει ευρύτατα τεκμηριωθεί στη βιβλιογραφία η κατάχρηση και η ακατάλληλη χρήση των φαρμάκων. Για το λόγο αυτό η θεραπεία επικεντρώνεται στη σωστή μείωση των φαρμάκων. Πάλι, η ελάττωση των φαρμάκων ανήκει στο πλαίσιο της ενίσχυσης της δύναμης, της αντοχής και της σωματικής ικανότητας, καθώς και των ασκήσεων χαλάρωσης, αντιμετώπισης του stress και χρησιμοποίησης της κατάτμησης δραστηριοτήτων.

Μετά την αρχική περίοδο εκτίμησης, το πρόγραμμα του αρρώστου για τη λήψη αναλγητικών, μετατίθεται, αν χρειάζεται, από μια βάση που εξαρτάται από το χρόνο. Αυτό αποτελεί την προκαταρκτική εργασία για να σπάσει η σχέση, που έχει συνηθίσει ο άρρωστος, μεταξύ της εμφάνισης του πόνου και της αυτόματης λήψης του φαρμάκου. Ταυτόχρονα, ο γιατρός μειώνει τη δόση ή ενθαρρύνεται ο ασθενής να ελαττώσει τη δόση μέσα στα όρια που είχαν προκαθοριστεί κατά την επίσκεψη στο γιατρό ή τον ψυχολόγο ή και από τους δυο.

Ο στόχος αυτής της πλευράς της θεραπείας είναι να επιτύχει ο άρρωστος τη μεγαλύτερη και πιο λογική ελάττωση της φαρμακευτικής αγωγής, κυρίως τη χρήση των οπιούχων ή των οπιοειδών. Είναι ευνόητο ότι ορισμένοι άρρωστοι θα χρειαστούν να συνεχίσουν ως ένα βαθμό τα αναλγητικά, όμως άλλοι θα είναι σε θέση να σταματήσουν τα φάρμακα εντελώς ή να στραφούν σε φάρμακα που προκαλούν μικρότερο εθισμό.

Σωματικές θεραπείες

- Αντιμετώπιση υποτροπής

Το γεγονός ότι οι ασθενείς έμαθαν νέες τεχνικές χειρισμού του πόνου τους και έχουν γίνει αρκετά έμπειροι και ικανοί στην εφαρμογή διαφόρων τεχνικών, δεν εξασφαλίζει ότι δεν θα κατακλυσθούν πάλι από τον πόνο και την απελπισία, τις καταστροφικές σκέψεις και το αίσθημα απόγνωσης που τον συνοδεύουν. Οι θεραπείες, ωστόσο, μπορεί να ελαττώσουν τις επιπτώσεις αυτές της παροδικής ανάσχεσης με αρκετούς τρόπους που καθιστούν την υποτροπή μια χρήσιμη εμπειρία και όχι μια αποτυχία.

- Πρόβλεψη της υποτροπής

Συνήθως, τον πρώτο καιρό που ο ασθενής δοκιμάζει μι σημαντική νέα συμπεριφορά ή ρουτίνα (που περιλαμβάνει και την παράταση του χρόνου μεταξύ των συνεδριών θεραπείας) μπορεί να αναμένονται αιφνίδιες επιδεινώσεις, που οφείλονται σε υπερένταση από λάθη στην κατάτμηση δραστηριοτήτων ή σε άλλες τεχνικές, το αυξημένο stress λόγω της προσαρμογής σε νέες καταστάσεις και άλλους απρόβλεπτους παράγοντες. Προβλέποντας μερικές από αυτές τις δυσκολίες και επιτρέποντας μια παροδική αύξηση του πόνου, ο θεραπευτής μπορεί να προετοιμάσει τον ασθενή για το αναπόφευκτο stress που διατρέχει από τις παροδικές δυσκολίες στο χειρισμό του πόνου. Επιπλέον, κανείς δημιουργεί μια κατάσταση ευνοϊκή, γιατί στην περίπτωση που ο ασθενής αισθανθεί δυσκολίες, θα αποτελέσουν μικρότερη έκπληξη γι'αυτόν και θα χρησιμεύσουν για να ενισχύσουν την εντύπωση ότι ο θεραπευτής κατανοεί την κατάσταση. Από την άλλα πλευρά, αν ο ασθενής δεν συναντήσει δυσκολίες, θα έχει την ικανοποίηση (με τη ενίσχυση τόσο των συνεδριών θεραπείας όσο και σε προσωπική βάση) ότι έγινε κύριος της κατάστασης χωρίς να παρουσιαστούν οι αναμενόμενες δυσκολίες.

- Θετική αυτο-διαλογή σχεδιασμένη να μάχεται την αποτυχία

Ακολουθεί μια περίληψη των γνωσιακών παρεμβάσεων που πρέπει να διδαχθούν οι ασθενείς για να τους βοηθήσει να ανταπεξέλθουν τις αρνητικές εμπειρίες της υποτροπής στο χειρισμό του πόνου.

Αντιμετώπισε τα ολισθήματα (είτε στις ασκήσεις χαλάρωσης ή στις δραστηριότητες χειρισμού του πόνου) σαν λάθη παρά σαν αποτυχίες. Αυτό επιτρέπει την άνετη επανάληψη του προγράμματος.

1. Συνειδητοποίησε ότι τα αισθήματα ενοχής, αυτοκατηγορίας και θυμού υπάρχουν συχνά στους ασθενείς που βιώνουν μια επιδείνωση του πόνου. Η αντιμετώπιση εστιάζεται στην ενίσχυση των συνολικών δυνάμεων και των θετικών κατευθύνσεων, αντί να μεγεθύνονται τα λάθη.
2. Χρησιμοποίησε τις αποτυχίες για την επίλυση των προβλημάτων του μέλλοντος. Τι προκάλεσε το έναυσμα του επεισοδίου. Τι διαφορετικό μπορεί να κάνει ο ασθενής την επόμενη φορά που να βασίζεται σε αυτά που έμαθε από την κατάσταση αυτή. Καμία φορά, συμβαίνουν γεγονότα που δεν είναι υπό τον έλεγχο του αρρώστου. Έχει σημασία να καταλάβεις ότι, στην πραγματικότητα, αυτά τα πράγματα μπορεί να συμβούν και να έχεις ένα πρόγραμμα για την πιθανή αντιμετώπιση παρόμοιων γεγονότων αυτών που είναι περισσότερο υπό τον έλεγχο του ασθενούς. Συνήθως, όταν, όπως και παραδέχεται ο θεραπευτής ότι μια δοθείσα κατάσταση ήταν πράγματι έξω από τον έλεγχο του αρρώστου, αρκεί να ελαττώσει το stress του και να τον ενθαρρύνει να συνεχίσει το πρόγραμμα αντιμετώπισης του πόνου.
3. Επινόησε ένα σχέδιο και τρόπους που οι αποτυχίες δεν θα επιβάλλουν νέους αρνητικούς τύπους συμπεριφοράς. Ο άρρωστος πρέπει να ξαναρχίσει τις συνηθισμένες δραστηριότητες, να συνεχίσει τις τεχνικές χαλάρωσης, να χρησιμοποιήσει την κατάτμηση δραστηριοτήτων και να επικεντρωθεί στις δραστηριότητες. Αναθεώρησε τη στρατηγική των γνωσιακών λειτουργιών και πρότεινε παραλλαγές, αν είναι κατάλληλες. Όσο περισσότερο συμβάλλει ο ασθενής στη φάση αυτή, τόσο μεγαλύτερο έλεγχο θα αισθανθεί ότι έχει και θα είναι ικανός στο μέλλον να ανταπεξέλθει δύσκολες καταστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο:

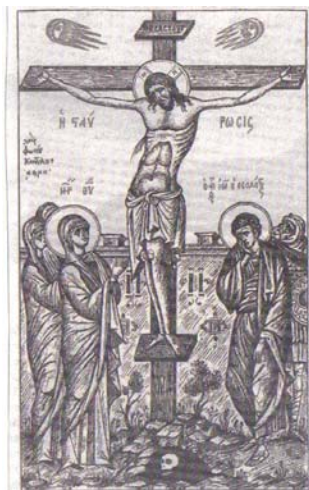
ΟΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών γενικά ,καθώς σε μεγάλο βαθμό και οι εθνικές παραδόσεις επηρεάζουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και τον πόνο.

Ακολουθούν μερικές θρησκείες και οι θεωρίες τους απέναντι στον πόνο.

9.1 Χριστιανισμός

Ο πόνος, μετά τον χρόνο, είναι ο πιο στενός σύντροφος του κάθε ανθρώπου. Οι μορφές του είναι πολλές, οι εκφράσεις του ποικίλες, οι αιτίες και οι λόγοι του συχνά άγνωστοι. Γίνεται αφορμή, θλίψης, γογγυσμού, απομόνωσης και απόγνωσης από τον άνθρωπο γιατί του χαλάει τα σχέδια της προγραμματισμένης του ευτυχίας. Μερικές φορές τον σκανδαλίζει τόσο που θολώνει μέσα του την εικόνα του Θεού.



Μόνο όμως ο Θεός μπορεί να δώσει τη δυνατή βοήθεια, την ενίσχυση, τη γαλήνη για να αντιμετωπίσει ο άνθρωπος τον πόνο, γιατί όποιος αγνοεί το Θεό ο πόνος του μεγαλώνει και οδηγείται σε αδιέξοδο.

Ο άνθρωπος πρέπει να έχει μέσα του μεγάλη δύναμη για να αντιμετωπίσει τον πόνο, δεν πρέπει να παραπονιέται αλλά να τον δέχεται με ευχαρίστηση και δοξολογία. Οι ασθενείς προσφέρουν πολύ πόνο και κουράζουν. Όμως είναι βέβαιο το γεγονός ότι ο υπομονετικός άνθρωπος θα μισθοδοτηθεί πλούσια από την θείκη ευλογία. Όταν πονάει κάποιος πρέπει να σκέφτεται ότι δεν είναι μόνος αντίθετα, υπάρχουν πολλοί που πονούν περισσότερο απ' αυτόν. Μέσα στον πόνο μπορεί να συναντήσει κανείς το νόημα της

ύπαρξης, την αξία της ζωής, την παρουσία του Θεού, να έχει μια δυνατή αίσθηση μετάνοιας κι ο πόνος να γίνει αληθινή επίσκεψη του Θεού ευλογία, αγιασμός, δώρο, λύτρωση.

Ο Θεός δεν στέλνει τον πόνο για να εκδικηθεί τον άνθρωπο και η μεγαλύτερη απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι, ο αναμάρτητος Χριστός πόνεσε πιο πολύ απ' όλους στο Σταυρό. Γνωρίζει πως στην συνεχή ευτυχία δεν εξελίσσεται ο άνθρωπος και έτσι δίνει στον καθένα ένα σταυρό, ανάλογα με την αντοχή του για να τον ταρακουνήσει ,να του θυμίσει τον ιερό σκοπό της ύπαρξής του, το νόημα της ολοκλήρωσής του και της συνάντησης του με αυτόν. Ο απόστολος Παύλος αναφέρει ότι: "Ο πόνος γίνεται πηγή που σβήνει την φωτιά της αμαρτίας ,η κρίση του Θεού για να μην κολαστούμε."

Η εκκλησία πιστεύει πως οι πιο δυνατή βοήθεια για την αντιμετώπιση των ποικίλων πόνων της ζωής είναι η προσευχή ,κατά την οποία γεννιέται η ελπίδα ότι η υπομονή στους πόνους αυτής της ζωής θα πληρωθεί στην άλλη ζωή. Παρά το γεγονός ότι ,γιατρός του σώματος θεωρείται ο Χριστός η εκκλησία αποδέχεται πλήρως την

ιατρική επιστήμη και θεωρεί πως ο συνδυασμός πίστης, προσευχής και συνεργασία του ασθενούς με τον γιατρό οδηγεί τον άνθρωπο στην ίαση.

Ο πόνος από τους περισσότερους πιστούς δεν κατανοείται ως παιδαγωγία Θεού είναι όμως ασφαλής οδός όπου βάδισαν όλοι οι Άγιοι εκούσια ή ακούσια, πάσχοντας για την σωτηρία την λύτρωση και την θέωση.

9.2 Βουδισμός



Είναι ένα σύνολο παραδόσεων που αναπτύχθηκαν στο διάστημα της μακροχρόνιας πορείας του. Χωρίζεται σε δυο κλάδους: το Χιναγύνα και το Μαχαγύνα βουδισμό. Σύμφωνα λοιπόν με το Βουδισμό ο πόνος είναι ένα πρόβλημα που διαβρώνει τις ρίζες της ανθρώπινης ζωής. Αλλά η ύπαρξη του πόνου είναι σύμφυτη με την ανθρώπινη κατάσταση και τη λαχτάρα της επιβίωσης. Η ύπαρξη είναι πόνος. (επειδή τα πάντα ενώ δίνουν την εντύπωση ότι διαρκούν είναι φευγαλέα, κι ενώ δίνουν την εντύπωση ότι είναι συμπαγή, είναι σύνθετα από διάφορα στοιχεία.). Αιτία του πόνου είναι η

επιθυμία (που δημιουργείται από την άγνοια του ανθρώπου που θεωρεί σαν αληθινά πράγματα που είναι ψεύτικα στην πραγματικότητα αφού είναι φευγαλέα και σύνθετα). Γνωρίζοντας κανείς την αλήθεια παύει να επιθυμεί, κι έτσι παύει να πράττει με τρόπο που παράγει κάρμα. Έτσι παύει να αναγεννάται. Αυτή η αλυσίδα αποτελεί βασικό μέρος του φωτισμού του Βούδα κατά τον κανόνα Πάλι

Η κατάπαυση του πόνου -νιρβάνα που σημαίνει σβήσιμο- γίνεται με την κατάσβεση της άγνοιας, της επιθυμίας, και της απέχθειας, και οδηγεί στην κατάπαυση των μετενσαρκώσεων. Τα τελευταία λόγια του Βούδα ήταν: «δεν θα ξαναγεννηθώ πια». Το μονοπάτι που οδηγεί στην κατάπαυση του πόνου αποτελείται από οκτώ στάδια που είναι γνωστά σαν «οκταπλό μονοπάτι»

Το ιδανικό στο Χιναγύνα Βουδισμό είναι ο μοναχισμός. Οι λαϊκοί, που είναι ωστόσο ποσοτικά περισσότεροι, προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα καλό κάρμα που θα τους εξασφαλίσει μια καλή μετενσάρκωση. Ο Βουδισμός για το μεγάλο πλήθος των πιστών είναι η θρησκεία της μεταθανάτιας ζωής. Οι πολλοί επιδιώκουν την αναγέννηση σ' έναν απ' τους κόσμους στους οποίους βρίσκονται οι γνωστοί Βούδες και Μποντισάτβες.

9.3 Τέσσερις θρησκευτικές υποκουλτούρες

Οι τέσσερις μεγάλες θρησκευτικές υποκουλτούρες που συναντώνται πιο συχνά στις ΗΠΑ είναι οι εξής.

1. Οι Άγιοι των Έσχατων Ημερών
2. Οι Αντβεντιστές της Έβδομης Ημέρας
3. Οι Μάρτυρες του Ιεχωβά
4. Οι Χριστιανοί Μεθοδιστές

Σε γενικότερες γραμμές σε σχέση με την θρησκεία και οι τέσσερις θρησκευτικές ομάδες παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες. Όλες τάσσονται υπέρ των υγιεινών συνηθειών, της σωματικής άσκησης και της ενσωμάτωσης της πνευματικότητας στη ζωή του ατόμου με κύριο στόχο την επίτευξη της βέλτιστης ψυχικής και σωματικής υγείας. Όλες επιδοκιμάζουν την αποχή από το κάπνισμα, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Επιπλέον είναι θερμοί υποστηρικτές της τήρησης του αυστηρού κώδικα ηθικής και των οικογενειακών αξιών καθώς και είναι κατά των προγαμιαίων σχέσεων. Τόσο οι Αντβεντιστές της έβδομης ημέρας όσο και οι Μορμόνοι ακολουθούν συγκεκριμένο και αυστηρό πρόγραμμα διατροφής. Δεδομένου του ότι όσοι είναι οπαδοί αυτών των δογμάτων έχουν ένα ισχυρό κίνητρο να τις ακολουθούν πιστά είναι συχνά πιο υγιή από τους συναθρώπους τους που δεν ανήκουν σε κάποια αίρεση.

Εντούτοις τα θρησκευτικά αυτά δόγματα δεν ασκούν πάντα θετική επίδραση στους θερμοί οπαδούς τους. Όπως στην περίπτωση των Μαρτύρων του Ιεχωβά που απορρίπτουν την μετάγγιση αίματος που προέρχεται από άλλον άνθρωπο θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία τους σε επείγουσες περιπτώσεις που η ζωή τους διατρέχει θανάσιμο κίνδυνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις η τελική απόφαση είναι

Οι Χριστιανοί Μεθοδιστές αρνούνται κάθε είδους ιατρική θεραπεία. Υποστηρίζουν ότι η πίστη και η προσευχή αποτελούν τις καλύτερες μεθόδους ίασης για αυτούς. Εντούτοις εάν κάποιος που έχουν διαφορετικές απόψεις και αναζητήσουν ιατρική βοήθεια δεν καταδικάζονται ούτε αποβάλλονται από τους κόλπους της θρησκευτικής ομάδας. Για παράδειγμα, ένα κάποιος σπάσει το πόδι του και πιστεύει ότι για την ίαση του χρειάζεται αποκλειστικά και μόνο προσευχή δεν θα επισκεφτεί τον ιατρό ενώ κάποιος που έχει διαφορετική άποψη θα ζητήσει βοήθεια για να ανατάξει το κάταγμα αλλά για την επούλωσή του θα βασιστεί στην προσευχή.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις όσον αφορά τις θρησκευτικές πεποιθήσεις τονίζουν την σπουδαιότητα που έχει η κατανόηση της κοσμοθεωρίας κάθε ξεχωριστού οργανισμού.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα μεγάλο μέρος της επιστημονικής έρευνας έχει καθιερώσει μια σχέση μεταξύ της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας με την φυσική και διανοητική υγεία. Μεγάλο βάρος έχει δοθεί στην εξέταση πληθυσμών στους οποίους επηρεάζεται η θνητότητά τους από επικίνδυνες για τη ζωή ασθένειες, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα (Aviles et Al, 2001 Larson et Al, 1989), διάφοροι τύποι καρκίνου (Andrykowski et Al, 1996 Enstrom, 1978 Spiegel et Al, 1989), νεφρική ανεπάρκεια (O'Brien, 1982), και AIDS (Carson et Al, 1990 Wound και Ironson, 1999).

Ενώ προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι θρησκευτικές ή/και πνευματικές πεποιθήσεις κάποιου ατόμου ενδέχεται να επηρεάσουν θετικά την υγεία, την μακροζωία και την αποκατάσταση σωματικών παθήσεων, δεν έχει μελετηθεί εκτενώς αν ισχύει κάτι αντίστοιχο για ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο.

Τα πρόσωπα που υποφέρουν π.χ. από χρόνια οσφυαλγία ενδεχομένως να έχουν διαφορετικές εμπειρίες από τη θρησκεία και την πνευματικότητα σε σχέση με αυτούς που αντιμετωπίζουν μια νόσο στο τελικό της στάδιο, αποκαλύπτοντας έτσι ένα διαφορετικό μοντέλο σχετικά με το πώς η θρησκεία και/η πνευματικότητα μπορεί να επηρεάσει την έκβαση μιας νόσου μέσα σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό.

Οι ασθενείς με χρόνια πόνο συχνά, χάνουν την εργασία τους, έχουν οικονομικές επιπτώσεις και αντιμετωπίζουν οικογενειακά και άλλα προβλήματα με τις σχέσεις τους εξαιτίας της κατάστασής τους.

Επιπλέον, σχεδόν το 50% αυτών πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη (Ruoff, 1996). Τα στοιχεία επίσης δείχνουν ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο είναι σε ομάδα υψηλού κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας και άλλες ενέργειες αυτοκαταστροφής, με ποσοστό αυτοκτονιών υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού (Fishbain, 1996). Αντίθετα με το φόβο για παραμονή στη ζωή που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο ή AIDS, εκείνοι με ο χρόνια πόνο μπορεί να αναρωτηθούν εάν η ζωή συνεχίζει να αξίζει.

Υπάρχουν διάφορες μελέτες που δείχνουν ότι πολλοί άνθρωποι κάνουν μια στροφή προς την πνευματικότητα, ως μέσο για την αντιμετώπιση του (Ashby και Lenhart, 1994 Keefe και Dolan, 1986 Keefe et Al, 1997 Rosenstiel και Keefe, 1983). Αν και σε περιορισμένη κλίμακα, υπάρχουν μερικές μακροχρόνιες μελέτες που προτείνουν ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα μπορούν να είναι σχετίζονται

χαμηλότερα αποτελέσματα πόνου, όπως αυτός αξιολογείται με διάφορες κλίμακες (Turner και Clancy, 1986) και βελτιωμένη διάθεση (Keefe et Al, 2001). Ενώ η πνευματικότητα και η θρησκεία συναντώνται συχνά ως μέσα υποβοήθησης, δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητό αν σχετίζονται με την διανοητική υγεία, τη φυσική υγεία, ή την ποιότητα της ζωής ασθενών με χρόνια πόνο.

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξεταστεί τη σχέση μεταξύ της θρησκείας και πνευματικότητας με την υγεία προσώπων που πάσχουν από χρόνια μυοσκελετικό πόνο. Στην παρούσα μελέτη τέθηκε ως ερευνητική υπόθεση ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα θα συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της καλύτερης φυσικής και διανοητικής υγείας, της ελάττωσης της έντασης του πόνου και της μικρότερης επίδρασής του στην καθημερινή ζωή.

ΜΕΘΟΔΟΣ – ΥΛΙΚΟ

Συνολικά 157 συνεχόμενοι ασθενείς που εξετάστηκαν την περίοδο Σεπτέμβριος 2007-Ιανουάριος 2008 στα εξωτερικά ιατρεία ή νοσηλεύτηκαν στην κλινική Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην μελέτη (ομάδα Α). Από εκείνους που προσεγγίστηκαν, 144 συμφώνησαν και συμμετείχαν. Οι μη πρόθυμοι να συμμετάσχουν αιτιολόγησαν την άρνησή τους λόγω μη ενδιαφέροντος, φόρτου χρόνου, έντονου πόνου ή κούρασης.

Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν και αφού ενημερώθηκαν για την έρευνα τους ζητήθηκε να συμμετάσχουν σε αυτή, αφού πρώτα υπήρχε η προφορική συγκατάθεσή τους. Οι ερευνητές τους έδιναν το ερωτηματολόγιο, το οποίο ανώνυμα συμπλήρωναν μόνοι – υπήρχε η δυνατότητα παροχής διευκρινήσεων από τους ερευνητές που ήταν παρόντες στο χώρο - και το επέστρεφαν.

Κριτήρια εισαγωγής στην εργασία ήταν:

1. ασθενείς με όριο ηλικίας τα 18 έτη
2. ικανότητα να ομιλούν την ελληνική γλώσσα
3. η απουσία εμφανούς γνωστικής διαταραχής, η οποία θα τους καθιστούσε ανίκανους να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο
4. η παρουσία μυοσκελετικών προβλημάτων στα άκρα και στην σπονδυλική στήλη, με κύριο χαρακτηριστικό τον αρθρικό ή οστεομυϊκό πόνο, ο οποίος είχε δημιουργήσει την ανάγκη για λήψη φαρμακευτικής αγωγής.
5. η παρουσία πόνου για τουλάχιστον 3 μήνες

Επίσης μοιράστηκε ίσος αριθμός ερωτηματολογίων σε αντίστοιχης ηλικίας υγιείς ενήλικες, χωρίς ενοχλήματα και άλγος από το μυοσκελετικό σύστημα (ομάδα Β).

Πριν την έναρξη της μελέτης είχε ζητηθεί η άδεια για τη διεξαγωγή της από τον Δ/ντή της Κλινικής.

Το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της εργασίας, περιλάμβανε τα εξής μέρη:

A. δημογραφικές πληροφορίες για τους συμμετέχοντες

B. την βραχεία έκδοση του Multidimensional Measure of Religiousness /Spirituality (Fetzer Group/ National Institute on Aging Working Group, 1999), το οποίο περιλάμβανε 38 ερωτήσεις χωρισμένες σε 11 ομάδες, ως εξής:

1. Καθημερινές πνευματικές εμπειρίες (6 ερωτήσεις) — μετρά την αντίληψη του ατόμου για τον Θεό μέσα στην καθημερινή ζωή και η αντίληψη για την αλληλεπίδραση ή συμμετοχή του υπέρτατου όντος στη ζωή.
2. Αξίες/πεποιθήσεις (2 ερωτήσεις) — μετρά την πίστη στον Θεό/υπέρτατη δύναμη που παρακολουθεί τους ανθρώπους και παρέχει μια αίσθηση προσωπικής ευθύνης για τον πόνο και τις ταλαιπωρίες στον κόσμο
3. Συγχώρεση (3 ερωτήσεις) – μετρά τη συγχώρηση του ίδιου και των άλλων από τον Θεό
4. Προσωπικές θρησκευτικές πρακτικές (5 ερωτήσεις) – μετρά στοιχεία ιδιωτικής θρησκευτικής δραστηριότητας που εμφανίζονται έξω από το πλαίσιο της οργανωμένης θρησκείας όπως η προσευχή, η περισυλλογή, η παρακολούθηση θρησκευτικών προγραμμάτων και η ανάγνωση της Βίβλου ή άλλου θρησκευτικού έντυπου υλικού.
5. Θρησκευτικά και πνευματικά μέτρα - (7 ερωτήσεις) — μετρά 2 πρότυπα: α) αυτό που βλέπει τον Θεό/υπέρτατη δύναμη ως γενναιόδωρο και ενθαρρυντικό και β) αυτό που βλέπει το Θεό σαν τιμωρό και εγκαταλείποντα τον κόσμο.
6. Θρησκευτική υποστήριξη (4 ερωτήσεις) — μετρά και τα οφέλη και τα προβλήματα των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ των συμμετεχόντων και άλλων στην κοινή θέση λατρείας τους
7. Θρησκευτική/πνευματική (3 ερωτήσεις) — μετρά το ιστορικό των θρησκευτικών και πνευματικών εμπειριών που επηρεάζουν τη ζωή
8. Υποσχέσεις (3 ερωτήσεις) - μετρά τη σημασία και τη δέσμευση των υποσχέσεων των θρησκευτικών/πνευματικών πεποιθήσεων κάποιου

9. Οργάνωση της πίστης (2 ερωτήσεις) — μετρά τη συμμετοχή σε δημόσιες οργανωμένες μορφές θρησκευτικής έκφρασης, συμπεριλαμβανομένης της συχνότητας σε θρησκευτικές υπηρεσίες και συμμετοχή στις θρησκευτικές δραστηριότητες

10. Θρησκευτικός προτιμήσεις (1 ερώτηση) — μετρά τη θρησκευτική προτίμηση και

11. Γενική αυτό-ταξινόμηση (2 ερωτήσεις) – μετρά το πώς οι ίδιοι οι συμμετέχοντες προσδιορίζουν τον εαυτό τους, σε μια 4 σημείων κλίμακα likert.

Γ. Την κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής EQ-5 (Euro-quality-5) η οποία περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την καθημερινή ζωή, όπως ο πόνος, η κινητικότητα, το επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης κ.α.

Δ. Την οπτική αναλογική κλίμακα πόνου VAS

Όλες οι παράμετροι της μελέτης υπέστησαν επεξεργασία με τη βοήθεια περιγραφική στατιστικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Επεστράφησαν 122 ερωτηματολόγια κατάλληλα για επεξεργασία (ποσοστό συμμετοχής 77,7%). Συνοπτικά τα αποτελέσματα καταγράφονται στους παρακάτω πίνακες.

Πίνακας Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητές	n	%
Μέγεθος δείγματος	122	
Ηλικία (Μ.Ο / SD)	52.7	16.3
Φύλο		
Άνδρες	54	44.3
Γυναίκες	68	55.7
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένοι	70	57.4
Κατοικία		
Αγροτική περιοχή	39	32
Κωμόπολη (5000–9999 κάτοικοι)	17	13.9
Πόλη (10.000–499.999)	64	52,5

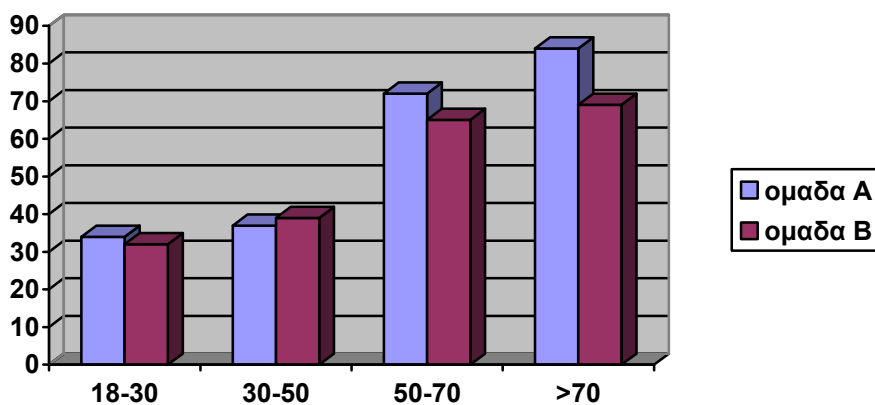
Μεταβλητές	n	%
Μεγαλούπολη (500.000 ή περισσότεροι κάτοικοι)	2	1.6
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Μέχρι Γυμνάσιο	16	13.3
Λύκειο	35	29.2
Μεταλυκειακή εκπαίδευση	22	18.3
ΤΕΙ/ΑΕΙ	37	30,8
Μεταπτυχιακά	10	8.3
Παρούσα εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενος - η	36	29.8
Άδεια – απουσία από εργασία	34	28.1
Αναρρωτική άδεια	32	26.4
Άνεργος	7	5.8
Άλλο	12	10.0
Αιτία πόνου		
Τροχαίο ατύχημα	8	6.6
Εργατικό ατύχημα	22	18.2
Οστεοαρθροπάθεια	24	19.8
Άλλος τύπος κάκωσης	31	25.7
Άγνωστη αιτιολογία	36	29.8
Εντόπιση του πόνου		
Αυχέννας / ώμος	8	6.6
Κάτω άκρο	14	11.6
Ράχη / οσφύ	66	55.4
Αλλού	1	.8
Πολλαπλές εντοπίσεις	31	25.6
Διάρκεια πόνου		
3-4 μήνες	6	5
4-12 μήνες	36	29.8
1-3 έτη	36	29.8
Περισσότερο από 3 έτη	43	35.5

ΠΙΝΑΚΑΣ Β. Θρησκευτικές προτιμήσεις του δείγματος

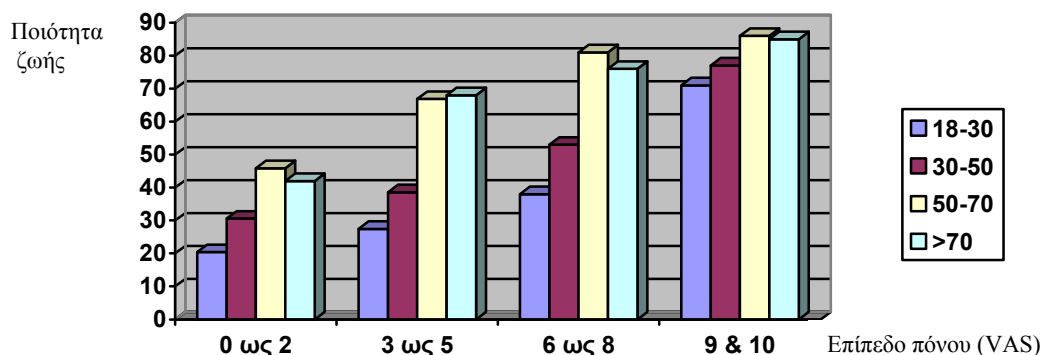
Μεταβλητές	n	%
Δείγμα	122	
Χριστιανοί	88	72
Τίποτα	10	8
Λοιπές θρησκείες	6	5
Δεν απάντησαν	18	15

Πίνακας Γ: Χαρακτηριστικές απαντήσεις σχετικά με την πνευματικότητα / θρησκευτικότητα

	Ομάδα Α		Ομάδα Β	
	<50 ετών	>50 ετών	<50 ετών	>50 ετών
Επιθυμώ να μειωθεί ο πόνος στον κόσμο	42%	49%	72%	82%
Αισθάνομαι περισσότερο εγκαταλειμμένος από τον Θεό	41%	32%	23%	19%
Συγχωρώ τον εαυτό μου για λάθη που κάνει	63%	74%	52%	58%
Συγχωρώ τους άλλου που με έχουν βλάψει	54%	65%	63%	61%
Πνευματικές εμπειρίες	41%	64%	38%	47%
Θρησκευτικές δραστηριότητες	21%	53%	28%	49%
Έντονος πόνος (αποζημίωση)	48%	39%		
Έντονος πόνος (όχι αποζημίωση)	35%	41%		



Πίνακας Δ: Συσχέτιση ηλικιακών ομάδων με το επίπεδο θρησκευτικότητας



Πίνακας Ε: Συσχέτιση ηλικιακών ομάδων με το επίπεδο πόνου και την ποιότητα ζωής

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία δεν επιχειρήθηκε να γίνει διαχωρισμός μεταξύ θρησκευτικότητας και πνευματικότητας – πρακτική η οποία συναντάται επίσης και σε πολλές άλλες συναφείς μελέτες. Εξάλλου η σημασία και το νόημα αμφοτέρων επηρεάζεται από υποκειμενικά κριτήρια. Τους παραπάνω όρους τους χρησιμοποιήσαμε καθόλη τη διάρκεια της εργασίας ενιαία και ισοδυναμούσε με το προσωπικό σύστημα πίστης σε κάτι υπέρτατο. Είναι γεγονός ότι ο πληθυσμός που μελετήθηκε είχε αξιοσημείωτο βαθμό θρησκευτικότητας – αναφερόμενης τουλάχιστον - κάτι που αποτελεί κοινό γνώρισμα στις μεγαλύτερες κυρίως ηλικιακές ομάδες του ελληνικού πληθυσμού.

Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο παρουσίασαν τη λιγότερη επιθυμία να μειωθεί ο πόνος και η ταλαιπωρία στον κόσμο, και αισθάνονται περισσότερο εγκαταλειμμένοι από το Θεό, σε σύγκριση με ένα τυχαίο δείγμα. Τα πρόσωπα με τον καθημερινό πόνο αναλώνονται με το πρόβλημά τους ότι δεν μπορούν να αφήσουν τίποτα για άλλα που βλάπτουν. Τέτοια πρόσωπα μπορούν επίσης να αισθανθούν μόνα και εγκαταλειμμένα από άλλα καθώς επίσης και από το Θεό.

Καθώς κάποιος γερνά, φαίνεται ότι οι πτυχές της πνευματικότητας/ θρησκευτικότητάς του μπορούν να αυξηθούν ή να γίνουν εμφανέστερες στη ζωή τους. Τα στοιχεία αποκάλυψαν ότι όσο γηραιότερος ήταν ο ασθενής, τόσο πιθανότερα επρόκειτο να έχει στην καθημερινή του ζωή πνευματική εμπειρία, θρησκευτικές αξίες/πεποιθήσεις, να συμμετάσχει σε ιδιωτικές θρησκευτικές πρακτικές αλλά και οργανωμένες λατρευτικές πράξεις, να δίνει συγχώρεση και να φαίνεται στους άλλους με στοιχεία θρησκευτικότητας και πνευματικότητας. Η έρευνα έχει δείξει ότι η θρησκεία είναι μια σημαντική πηγή υποστήριξης για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι τείνουν να είναι πιο θρησκευόμενοι ([Koenig et Al, 1996](#) και [Koenig et Al, 2001](#)).

Οι άνθρωποι που λαμβάνουν ήδη χρήματα ή που προγραμματίζουν να υποβάλουν αίτηση για να λάβουν από την κοινωνική ασφάλιση λόγω ανικανότητας, αλλά και αυτοί που αποζημιώνονται από την εργασία τους, είναι πιθανότερο να έχουν

φτωχότερη πνευματική υγεία, πιο υψηλά επίπεδα έντασης πόνου, και περισσότερες παρεμβάσεις και προβλήματα στη ζωή τους λόγω του πόνου. Αυτοί οι συγκεκριμένοι ασθενείς έτειναν επίσης να συγχωρούν λιγότερο και να έχουν πιο αρνητική στάση για τη θρησκεία. Είναι εύλογο ότι τα πρόσωπα με το χρόνιο πόνο εμφανίζουν θυμό για τον εαυτό τους, τους άλλους αλλά και το Θεό για τον πόνο που υποφέρουν και την ανικανότητά τους να υποστηρίξουν οικονομικά τις οικογένειές τους. Η ενοχή και η δυσαρέσκεια πιθανώς επηρεάζουν την πνευματική τους υγεία αλλά και την αντίληψη του πόνου. Επανειλημμένα έχει αποδειχθεί ότι η εμπλοκή σε εργατικές αποζημιώσεις, αναπηρικές συντάξεις και άλλα νομικής φύσεως διεκδικήσεις αποτελούν συχνή αιτία αποτυχίας χειρουργικών επεμβάσεων στην σπονδυλική στήλη ([Andrykowski και συν. 1996](#), [Greenough και Fraser, 1989](#), [Haddad, 1987](#) και [Junge και συν 1995](#)). Παρόλα αυτά οι λόγοι γι' αυτό δεν έχουν προσδιοριστεί σαφώς. Έχει υποτεθεί ότι τέτοιες αρνητικές εκβάσεις δεν οφείλονται στον πόνο αυτό καθαυτό αλλά στα οικονομικά κίνητρα, τα οποία μπορούν να σχετιστούν με την ασυναίσθητη αυξανόμενη ευαισθησία ([Chapman, 1978](#)). Επιπλέον, η απογοήτευση και η ματαίωση των προσδοκιών που συνδέονται συχνά με την άρνηση της κάλυψης, μπορούν επίσης να συμβάλουν στη φτωχότερη υγεία.

Όσο περισσότερο ένα πρόσωπο ζει με τον πόνο του, τόσο εντονότερη είναι αρνητικότητα που αυτό εκφράζει. Η παραμονή του πόνου με το πέρασμα του χρόνου, ενδέχεται να δημιουργήσει στον ασθενή απώλειας ελπίδας, ενώ εμφανίζει θυμό, πικρία και γίνεται λιγότερο γενναίοψυχο με τους άλλους και τον εαυτό του. Είναι επίσης δυνατό ότι ένα πρόσωπο λαμβάνει λιγότερες προσοχή και υποστήριξη καθώς η κατάστασή του παραμένει.

Υποτέθηκε ότι η θρησκεία/ πνευματικότητα θα μπορούσε να σχετίζεται σημαντικά με καλύτερη σωματική υγεία, εντούτοις, διαπιστώθηκε ότι οι ιδιωτικές θρησκευτικές δραστηριότητες όπως η προσευχή και η περισυλλογή αφορούσαν πραγματικά τη φτωχότερη φυσική υγεία. Ενδεχομένως οι ασθενείς που κάνουν ότι το χειρότερο σωματικά, αισθάνονται μέγιστη την ανάγκη να στηριχθούν στην πίστη τους για την ανακούφισή τους. Έχει βρεθεί σε μελέτη 3851 ηλικιωμένων ασθενών ότι αυτοί που προσεύχονταν και γενικότερα ασκούσαν εντονότερα τα θρησκευτικά τους καθήκοντα, είχαν φτωχότερη σωματική υγεία απ' αυτούς που το έκαναν εβδομαδιαία ([Haley et Al, 2001](#)). Σε αυτή τη μελέτη, οι αιτιώδεις σχέσεις δεν μπορούν να υποτεθούν. Πρέπει να εξεταστεί συνεπώς η πιθανότητα να θεωρηθεί ότι η ιδιωτική θρησκευτική δραστηριότητα είναι μια απάντηση στην αυξανόμενο φυσική ανικανότητα ή τον πόνο.

Επίσης υποτέθηκε ότι η θρησκεία/ πνευματικότητα αφορά σημαντικά την καλύτερη διανοητική υγεία. Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο που το βρίσκουν δύσκολο να συγχωρήσουν, αισθάνονται τιμωρημένοι και εγκαταλειμμένοι από το Θεό, στερούνται την καθημερινή πνευματική εμπειρία και δεν θεωρούνται άτομα με θρησκευτικότητα/πνευματικότητα, μπορούν να διατρέξουν μεγαλύτερο κίνδυνο για να επηρεαστεί η πνευματική τους υγεία. Ο θυμός στο Θεό έχει κληθεί ως κόκκινη σημαία στην έρευνα για τη θρησκευτική αντιμετώπιση, και αφορά τη φτωχή διανοητική υγεία και τις φτωχές αντιμετωπίζοντας εκβάσεις ([Exline et Al, 1999](#) και [Pargament et Al, 1998](#)). Δεν μπορεί να τεκμηριωθεί ότι σε έναν ασθενή με χρόνιο πόνο που είναι θρησκευόμενος/πνευματικός, ότι οι πεποιθήσεις του ενισχύουν τη δυνατότητά του να αντιμετωπίσει προβλήματα ή να βελτιώσει την πνευματική του υγεία. Αντίθετα, ορισμένες μορφές θρησκευτικής αντιμετώπισης, όπως ο θυμός στο Θεό, μπορούν πραγματικά να αφορούν αρνητικά την υγεία.

Μια τελική υπόθεση ήταν ότι τα πιο υψηλά επίπεδα θρησκευτικότητας /πνευματικότητας αφορούν λιγότερο πόνο, και λιγότερη παρέμβαση ζωής λόγω του

πόνου, εντούτοις, αυτή η υπόθεση δεν έχει τεκμηριωθεί. Οι εξηγήσεις για την έλλειψη σχέσης είναι δύσκολες, καθώς η έρευνα που εξετάζει τη σχέση μεταξύ της θρησκείας/ πνευματικότητας και του πόνου αναμειγνύεται. Στους πληθυσμούς με χρόνιο πόνο, η θρησκεία/ πνευματικότητα έχει βρεθεί να αφορά τα πιο υψηλά επίπεδα πόνου ([Rosenstiel και Keefe, 1983](#)), χαμηλότερα επίπεδα πόνου ([Charman και Clancy, 1986](#)), και έχουν αποδειχθεί επίσης ότι είναι ανεξάρτητοι από τη δριμύτητα του πόνου και τη διαταραχή των δραστηριοτήτων από τον πόνο ([Skevington et Al, 2001](#) και [Lanza et to Al, 2004](#)). Πιστεύεται ότι ίσως η σχέση μεταξύ της θρησκείας/πνευματικότητας και του πόνου δεν είναι άμεση αλλά διαμεσολαβείται από διάφορους παράγοντες όπως είναι η αυτοεκτίμηση και η αρρώστια.

Ένας περιορισμός της έρευνάς μας είναι ότι το δείγμα δεν ήταν αντιπροσωπευτικό. Οι ασθενείς που χρησιμοποιήθηκαν ήταν σχετικά μεγάλης ηλικίας και παντρεμένοι. Αντίστοιχες μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν έχουν δείξει ότι δημογραφικές μεταβλητές, όπως η εθνικότητα, το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικονομική κατάσταση, σχετίζονται με την θρησκευτικότητα/ πνευματικότητα του ατόμου ([Koenig et al., 2001](#)).

Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στο μέλλον σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις της πίστης στην υγεία, προκειμένου να καθοριστούν τόσο τα πιθανά οφέλη όσο και τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Στον πληθυσμό με χρόνιο πόνο, η καλύτερη κατανόηση της συγχώρησης, της αρνητικής στάσης στην θρησκεία και του θυμού, σαν πιθανοί διαμεσολαβητές στη σχέση θρησκευτικότητα/ πνευματικότητας και υγείας και πόνου, είναι σημαντική.

Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από χρόνιο πόνο, εμφανίζεται διαφοροποιημένη σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Η πίστη φαίνεται ότι έχει τόσο οφέλη όσο και κόστος για τον πληθυσμό με χρόνιο πόνο. Αυτοί με την χειρότερη σωματική κατάσταση ενδέχεται να ασχοληθούν με δραστηριότητες θρησκευτικής, ως μια λύση για το πρόβλημά τους. Αν και η θρησκευτικότητα σχετίζεται με τη σωματική και πνευματική υγεία, δεν έχει φανεί άμεση συσχέτιση με την αντίληψη του πόνου. Σαφώς, υπάρχουν περισσότερα που θα πρέπει να μάθουμε για το σύμπλοκο πνευματικότητα / θρησκευτικότητας και υγείας / πόνου, και αυτή η εργασία μας αναδεικνύει την ανάγκη για συνεχιζόμενη έρευνα προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος αυτός.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι η ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνιο πόνο επηρεάζεται από το θρησκευτικό / πνευματικό επίπεδο. Καθώς το επίπεδο της φυσικής κατάστασης των ατόμων μειώνεται με την πάροδο των χρόνων, η μελέτη των θρησκευτικών και πνευματικών «πιστεύω» γίνεται περισσότερο σημαντική. Ο συλλογισμός αυτός είναι εμφανής σε άλλες υποκατηγορίες ασθενών, όταν μειώνεται η σωματική τους ικανότητα, όπως ο καρκίνος. Όταν η συνθήκες της ζωής γίνονται δύσκολες, πολλοί άνθρωποι στρέφονται προς τη θρησκεία για υποστήριξη.

Στον πληθυσμό που μελετήσαμε βρέθηκε υψηλό ποσοστό από τους συμμετέχοντες οι οποίοι θεώρησαν ότι έχουν καλή σχέση με την θρησκεία. Σίγουρα όμως όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό όπως έχει βρεθεί σε μελέτες ασθενών οι οποίοι πάσχουν από ανίατες ασθένειες (Norenzayan A, Hansen IG, 2000).

Συμπερασματικά:

- η θρησκευτικότητα των ασθενών με χρόνιο άλγος εντείνεται όσο χειροτερεύει η γενική κατάσταση της υγείας τους αλλά επίσης και όσο μεγαλώνουν σε ηλικία.

- Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής λόγω του χρόνιου πόνου τους

- Οι ηλικιωμένοι – κυρίως – ασθενείς καταφεύγουν στο Θεό προκειμένου να πάρουν ελπίδα και δύναμη
- Παρότι θεωρούμε ότι υπήρξαν πολλές μεθοδολογικές ατέλειες στη διεξαγωγή της εργασίας, θεωρούμε τα αποτελέσματά της ενδιαφέροντα και ενδεικτικά. Ίσως θα έπρεπε να ξεκινήσει μια συζήτηση μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας και βέβαια των νοσηλευτών, σχετικά με τον τρόπο αλλά και τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιούμε για την αντιμετώπιση ενός ασθενή. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι ο άνθρωπος αποτελεί οντότητα που εκτός από το σώμα έχει και πνεύμα και η κάθε μας προσπάθεια προσέγγισης και παρέμβασης σε αυτόν θα πρέπει να συνεκτιμά και να υπολογίζει και τα δύο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ:

Βιβλιογραφικές παραπομπές:

1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΟΣ ΠΟΝΟΥ, Macintyre Pamela E
2. ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ, Παρλαπάνης Αιμίλιος, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
3. ΑΜΕΣΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, Chaitow Leon
4. Η ΠΡΩΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, Demarais Ann
5. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, Schmid-Kitsikis,
6. Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ, Mellon Robert
7. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, David Pilgrim-Anne Rogers, μετάφραση Ελισάβετ Κόππαση-Ανθή Βακάκη
8. ΔΟΚΙΜΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΘΡΗΣΚΕΙΑ, Μπέγζος Μάριος, Εκδόσεις Προσεγγίσεις, 2004
9. ΓΙΑΤΙ Ο ΠΟΝΟΣ, Λύγχοις Γεώργιος, Εκδόσεις Πέργαμος, 2001
10. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: Μια ολιστική προσέγγιση, Δέσποινα Σαπουτζή-Κρέπια, Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ".
11. ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ, Τσιτσιγκος Σπύρος, Εκδόσεις Πουρνάρας Π.Σ., 2007
12. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ, Νησιώτης Νίκος, Εκδόσεις Μαίστρος, Αθήνα 2006
13. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Φώτης Αναγνωστόπουλος-Γρηγόρης Ποταμιανός, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006
14. ΧΩΡΙΣ ΠΟΝΟ. ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΓΚΟΟΚ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΟΝΩΝ, Egosue Pete, Gittines Roger, Εκδόσεις Lector, 2007
15. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, ΘΡΗΣΚΕΙΑ, ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, Fontana David, Μετάφραση Καντζόλα-Σαμπάκου, Εκδόσεις Σαββάλας
16. ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΣΜΟΣ, ΑΙΡΕΣΕΙΣ, ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ, Διάφοροι Συγγραφείς, Μετάφραση Μιχάλης Καμπάς, Εκδόσεις Πέργαμος
17. Ο ΠΟΝΟΣ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ, Σάρνο Τζον, Εκδόσεις Ρέω, 2008

- 18.Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΑΙ Ο ΠΟΝΟΣ, Ευαγγέλου Ιάσων, Εκδόσεις Βρεττός,2005
- 19.ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ Κ.Δ. Γαρδίκας, Επιστημονικές εκδόσεις Παρασιανός Γρηγόριος ,Αθήνα
- 20.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ,Lucille Keir-Barbara A. Wise,Εκδόσεις Έλλην
- 21.ΑΓΙΟΣ ΠΟΝΟΣ-ΜΑΘΗΤΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΜΑΣ, Μωησής Αγιορείτης, Εκδόσεις Σταμούλης
- 22.ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, Γεωργίου Β. Βερόνη, Επιστημονικές εκδόσεις Παρασιανός, Αθήνα
23. ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Καλατζή- Ασίζη (1988), Εκδόσεις Δίφρος, Αθήνα.
- 24.ΟΙ ΠΕΝΤΕ ΜΕΓΑΛΕΣ ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΤΑ ΚΑΤΑ, Γεώργιος Μουστάκης, Εκδόσεις Πατάκη
- 25.ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ,Δ. Σάκκας, Επιστημονικές εκδόσεις Παρασιανός, Αθήνα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ:

1. Abraido-Lanza et al., 2004 A.F. Abraido-Lanza, E. Vasquez and S.E. Echeverria, En las manos de dios [in God's hands]: Religious and other forms of coping among latinos with arthritis, *J Consult Clin Psychol* 72 (2004), pp. 91–102.
2. Andrykowski et al., 1996 M.A. Andrykowski, S.L. Curran, J.L. Studts, L. Cunningham, J.S. Carpenter, P.C. McGrath, D.A. Sloan and D.E. Kenady, Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison, *J Clin Epidemiol* 49 (1996), pp. 827–834. Ashby and Lenhart, 1994 J.S. Ashby and R.S. Lenhart, Prayer as a coping strategy for chronic pain patients, *Rehabil Psychol* 39 (1994), pp. 205–209.
3. Aviles et al., 2001 J.M. Aviles, E. Whelan, D.A. Hernke, B.A. Williams, K.E. Kenny, M. O'Fallon and S.L. Kopecky, Intercessory prayer and cardiovascular

- disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial, *Mayo Clin Proc* 76 (2001), pp. 1192–1198.
4. Brazier et al., 1992 J.E. Brazier, R. Harper, N.M.B. Jones, A. O'Cathain, K.J. Thomas, T. Usherwood and L. Westlake, Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care, *Br Med J* 305 (1992), pp. 160–164.
 5. Carson et al., 1990 V. Carson, K.L. Soeken, J. Shanty and L. Terry, Hope and spiritual well-being: essentials for living with AIDS, *Perspect Psychiatr Care* 26 (1990), pp. 28–34.
 6. Chapman, 1978 R.C. Chapman, Pain: the perception of noxious events. In: R.A. Sternbach, Editor, *The psychology of pain*, Raven Press, New York, NY (1978), pp. 160–202.
 7. Dudgeon et al., 1993 D. Dudgeon, R.F. Raubertas and S.N. Rosenthal, The short-form McGill pain questionnaire in chronic cancer pain, *J Pain Symptom Manage* 8 (1993), pp. 191–195.
 8. Ellison and Levin, 1998 C.G. Ellison and J.S. Levin, The religion-health connection: evidence, theory, and future directions, *Health Educ Behav* 25 (1998), pp. 700–720.
 9. Enstrom, 1978 J.E. Enstrom, Health practices and cancer mortality among active California Mormons, *J Natl Cancer Inst* 81 (1978), pp. 1807–1814.
 10. Exline et al., 1999 J.J. Exline, A.A. Yali and M. Lobel, When god disappoints: difficulty forgiving god and its role in negative emotion, *J Health Psychol* 4 (1999), pp. 365–379.
 11. Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group, 1999 Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group, Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in healthcare research: a report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Work Group, John E. Fetzer Institute, Kalamazoo, MI (1999).
 12. Finnison and Cooper, 1979 B.E. Finnison and V.R. Cooper, A lumbar disc surgery predictive score card: a retrospective evaluation, *Spine* 4 (1979), pp. 141–144.
 13. Fishbain, 1996 D.A. Fishbain, Current research on chronic pain and suicide, *Am J Public Health* 86 (1996), pp. 1320–1321.

14. [Greenough and Fraser, 1989](#) C.G. Greenough and R.D. Fraser, The effects of compensation on recovery from low-back injury, *Spine* 14 (1989), pp. 947–955.
15. Haddad, 1987 G.H. Haddad, Analysis of 2932 workers' compensation back injury cases: the impact of the cost to the system, *Spine* 12 (1987), pp. 765–771.
16. Haley et al., 2001 K.C. Haley, H.G. Koenig and B.M. Bruchett, Relationship between private religious activity and physical functioning in older adults, *J Religion Health* 40 (2001), pp. 305–312.
17. Hill and Pargament, 2003 P.C. Hill and K.I. Pargament, Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research, *Am Psychol* 58 (2003), pp. 64–74.
18. Idler et al., 2003 E.L. Idler, M.A. Musick, C.G. Ellison, L.K. George, N. Krause, J.S. Levin, M.G. Ory, K.I. Pargament, L.H. Powell, L.G. Underwood and D.R. Williams, Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey, *Res Aging* 25 (2003), pp. 327–365.
19. Junge et al., 1995 A. Junge, J. Dvorak and S. Ahrens, Predictors of bad and good outcomes of lumbar disc surgery: a prospective clinical study with recommendations for screening to avoid bad outcomes, *Spine* 20 (1995), pp. 460–468.
20. Keefe and Dolan, 1986 F.J. Keefe and E. Dolan, Pain behavior and pain coping strategies in low back pain and myofascial pain dysfunction syndrome patients, *Pain* 24 (1986), pp. 49–56.
21. Keefe et al., 1997 F.J. Keefe, G. Affleck, J.C. Lefebvre, K. Starr, D.S. Caldwell and H. Tennen, Coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis, *Pain* 69 (1997), pp. 43–48.
22. Keefe et al., 2001 F.J. Keefe, G. Affleck, J. Lefebvre, L. Underwood, D.S. Caldwell, J. Drew, J. Egert, J. Gibson and K. Pargament, Living with rheumatoid arthritis: the role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping, *J Pain* 2 (2001), pp. 101–110.
23. Kerns et al., 1985 R.D. Kerns, D.C. Turk and T.E. Rudy, The West Haven-Yale multidimensional pain inventory (WHYMPI), *Pain* 23 (1985), pp. 345–356.

24. [Koenig et al., 1996](#) H.G. Koenig, D.B. Larson and D.A. Matthews, Religion and psychotherapy with older adults, *J Geriatr Psychiatry* 29 (1996), pp. 155–184.
25. Koenig et al., 2001 H.G. Koenig, M.E. McCullough and D.B. Larson, Handbook of religion and health, Oxford University Press, Oxford (2001).
26. Kosmin et al., 2003 Kosmin BA, Mayer E, Keysar A. American religious identification survey 2001 (ARIS). Retrieved October 2003, from http://www.gc.cuny.edu/studies/aris_index.htm.
27. Larson and Goltz, 1989 L.E. Larson and J.W. Goltz, Religious participation and marital commitment, *Rev Religious Res* 30 (1989), pp. 387–400.
28. Larson et al., 1997 D.B. Larson, J.P. Swyers and M.E. McCullough, Scientific research on spirituality and health: a consensus report, National Institute for Healthcare Research, Rockville, MD (1997).
29. Melzack, 1975 R. Melzack, The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods, *Pain* 1 (1975), pp. 275–299.
30. Melzack, 1987 R. Melzack, The short-form McGill pain questionnaire, *Pain* 30 (1987), pp. 191–197.
31. Morris, 1999 D.B. Morris, Sociocultural and religious meanings of pain. In: R.J. Gatchel and D.C. Turk, Editors, *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, Guilford Press, New York, NY (1999), pp. 118–131.
32. O'Brien, 1982 M.E. O'Brien, Religious faith and adjustment to long-term hemodialysis, *J Religion Health* 21 (1982), pp. 68–80.
33. Pargament, 2002 K.I. Pargament, The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness, *Psychol Inq* 13 (2002), pp. 168–181.
34. Pargament et al., 1998 K.I. Pargament, B.J. Zinnbauer, A.B. Scott, E.M. Butter, J. Zerowin and P. Stanik, Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis, *J Clin Psychol* 54 (1998), pp. 77–89.
35. Rosenstiel and Keefe, 1983 A.K. Rosenstiel and F.J. Keefe, The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment, *Pain* 17 (1983), pp. 33–44.
36. Ruoff, 1996 G.E. Ruoff, Depression in the patient with chronic pain, *J Fam Pract* 43 (1996), pp. S25–S33.

37. Skevington et al., 2001 S.M. Skevington, M.S. Carse, C. de and A. Williams, Validation of the WHOQOL-100: Pain management improves quality of life for chronic pain patients, *Clin J Pain* 17 (2001), pp. 264–275.
38. Spiegel et al., 1989 D. Spiegel, J.R. Bloom, H.C. Kraemer and E. Gottheil, Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer, *Lancet* 2 (1989), pp. 888–891.
39. Turner and Clancy, 1986 J.A. Turner and S. Clancy, Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability, *Pain* 24 (1986), pp. 355–364.
40. Ware, 1987 J.E. Ware, Standards for validating health measures: definition and content, *J Chronic Dis* 40 (1987), pp. 473–480.
41. Ware, 1990 J.E. Ware, Measuring patient function and well-being: some lessons from the medical outcomes study. In: K.A. Heitgoff and K.N. Lohr, Editors, *Effectiveness and outcomes in health care: proceedings of an invitational conference by the Institute of Medicine, Division of Health Care Services*, National Academy Press, Washington, DC (1990), pp. 107–119.
42. Ware et al., 1993 J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski and B. Gandek, SF-36 health survey: manual and interpretation guide, The Health Institute, Boston, MA (1993).
43. Ware et al., 1994 J.E. Ware, M. Kosinski and S.D. Keller, SF-36 physical and mental summary scales: a users' manual, The Health Institute, Boston, MA (1994).
44. Ware et al., 1995 J.E. Ware, S.D. Keller, B. Gandek, J.E. Brazier and M. Sullivan, Evaluating translations of health status questionnaires: Methods from the IQOLA project, *Int J Technol Assess Health Care* 11 (1995), pp. 525–551 | T.E. Woods and G.H. Ironson, Religion and spirituality in the face of illness: how cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity, *J Health Psychol* 4 (1999), pp. 393–412.

Πηγές από το διαδίκτυο:

1. <http://www.phys.uoa.gr/nektar/orthodoxy/religions/eastern/religions.htm>
(11/06/2007)
2. <http://www.geocities.com/moiroulas/thrisk.htm>(29/05/2007)
3. <http://roides.wogdpress.com/2006/02/01>(14/07/2007)
4. <http://www.protoporia.gr/protoporia/product.asp?sku=278716> (21/07/2007)
5. <http://funel.blogspot.com>(28/07/2007)
6. http://news.kathimerini.gr/4dcgi_w_articles_civ_2_03/02/2008=257610(4/08/2007)
7. http://www.vatiras.gr/parageorgiou/gr/article_03.htm(30/07/2007)
8. http://news.pathfinder.gr/periscopio/pain_tests.html (28/07/2007)
9. <http://www.en.articlesgratuits.com/el/building-a-secular-psyche-a-writers-pain-id>(24/09/2007)
10. <http://tera-amou.pblogs.gr/tags/thriskeia-gr.html292.php> (29/09/2007)
11. http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/commitees/pastoral/poimenas_nosileia.html (26/09/2007)
12. <http://www.gnwsis.gr/pmwiki.php?n=Main> (11/07/2007)
13. <http://www.e-steki.gr/search.php?do=process>(18/08/2007)
14. <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=133>
(18/08/2007)
15. http://tovima.dolnet.gr/print_article.php?e=B&f=13553&m=C06&aa=1(18/12/2007)
16. http://www.vithoukas.com/index.php?option=com_content&task=view&id=39&lang=el (21/12/2007)
17. http://www.cbc.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=145&Itemid=3
(26/08/2007)
18. <http://www.newsfilter.gr/2007/11/05/thriskia-anthropos-zoi/>
(12/08/2007)

19. http://www.ndimou.gr/articledisplay.asp?time_id=77&cat_id=2(16/11/2007)
20. <http://www.in2.gr/dygeia.php?id=6854> (04/06/2007)
21. <http://health.in.gr/print.asp?lngArticleID=138093>, Δρ Λίζα Βάρβογλη, Ph.D. Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια, (09/06/2007)
22. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1748 (18/08/2007)
23. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=238 (20/09/2007)
24. <http://www.inpsy.gr/Articles/Pain%20Disorder.htm> (20/09/2007)
25. http://www.janssencilag.gr/disease/detail.jhtml?itemname=pain_about&product=none (18/08/2007)
26. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2256 (25/07/07)
27. <http://www.euro2day.gr/articles/95907/> (01/10/2007)
28. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1784 (26/09/2007)
29. <http://www.efic.org> (14/11/2007)
30. <http://www.halcyon.com/iasp/> (24/10/2007)
31. <http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/index.html> (23/10/2007)
32. <http://Cochrane.org> (17/11/2007)
33. <http://www.iatriki.gr/forum/showthread.php?t=3173> (14/11/2007)
34. http://www.homeopathy.gr/homeopathy/definition_health.html (23/12/2007)
35. <http://www.greekmeds.gr/forum/index.php?showtopic=368> (22/12/2007)
36. http://www.iatrikionline.gr/ELL_M_3_2006/07_konstantinidou.pdf (15/12/2007)
37. <http://www.hps-pain.gr/gr/pages/enimerotikodeltia/enimerotiko2.asp> (30/12/2007)