

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ
ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΙΟΦΟΒΙΑΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΚΑΛΛΙΑΦΑ ΑΡΤΕΜΙΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ- 2019

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην μελέτη και την κατανόηση μιας άγνωστης για πολλούς πάθησης, της Κινησιοφοβίας. Η ανασκόπηση που έγινε για να ολοκληρωθεί η εν λόγω εργασία παρέχει την δυνατότητα στους αναγνώστες να αντιληφθούν πλήρως την ασθένεια, να ενημερωθούν για τους παράγοντες που την δημιουργούν, για τα αποτελέσματά της στον ανθρώπινο οργανισμό σε όλες του τις εκφάνσεις, για τις λύσεις που υπάρχουν για να αποφευχθεί και γενικότερα, απαντώνται ερωτηματικά σχετικά με την υγεία του ανθρώπου γύρω από την συγκεκριμένη πάθηση. Επιπλέον, κύριο μέλημα της Πτυχιακής εργασίας αποτελεί ο ρόλος του νοσηλευτή και της νοσηλευτικής επιστήμης, όσον αφορά την βοήθεια και κατ' επέκταση την θεραπεία και αποκατάσταση των νοσούντων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος αποτελεί ένα δυσάρεστο ή οδυνηρό αίσθημα που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη του ανθρώπινου οργανισμού. Ως πολυδιάστατο φαινόμενο, οφείλεται τόσο σε οργανικά αίτια όσο και σε ψυχικά αίτια, ενώ η υποκειμενικότητα που τον χαρακτηρίζει προκαλεί και τη διαμόρφωση της εκάστοτε συμπεριφοράς εκ μέρους του πάσχοντος. Η ικανότητα του ανθρώπινου οργανισμού να απομνημονεύει τα συνδεδεμένα με τον πόνο ερεθίσματα οδηγεί στην πρόκληση φόβου και άγχους. Η φοβία αποτελεί υπερβολικό και αδικαιολόγητο φόβο προς ένα αντικείμενο ή κατάσταση που είναι αποτέλεσμα τόσο γενετικών όσο και ψυχικών παραγόντων και επιφέρει οργανικές και ψυχικές διαταραχές στο άτομο. Η κινησιοφοβία αναφέρεται στον παράλογο φόβο της κίνησης, καθώς το άτομο έχει την πεποίθηση ότι μέσω της μείωσης της φυσικής του δραστηριότητας δεν επιδεινώνει τα συμπτώματα του πόνου. Συνδέεται, κυρίως, με μυοσκελετικές και μετατραυματικές παθήσεις και οδηγεί στην αναστολή της αποκατάστασης του ασθενούς, την παράταση της αναπηρίας του και την αποχή του από καθημερινές δραστηριότητες. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η νοσηλευτική προσέγγιση του φαινομένου της κινησιοφοβίας, καθώς η ακριβής διάγνωση και εκτίμηση του φόβου της κίνησης αλλά και της τυχόν συνυπάρχουσας επώδυνης παθολογίας οδηγεί και στην ολιστική αντιμετώπιση της κινησιοφοβίας. Ο συνδυασμός φυσιοθεραπείας και ψυχοθεραπείας θεωρείται ιδιαίτερα ευεργετικός στην αντιμετώπιση της κινησιοφοβίας, ενώ το έργο του νοσηλευτή υγείας αποκτά μια νέα διάσταση για την προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος που θα συμβάλει στην αύξηση της ποιότητας ζωής των πασχόντων.

ABSTRACT

The pain is one unpleasant or painful feeling which is connected to real or potential tissue damage on humans. It is a phenomenon that is appeared in many ways due to organic and psychological causes. Its subjectivity that characterizes it also causes the different behavior of the sufferer. The ability of human body to memorize the pain-related stimuli leads to fear and anxiety. Phobia is an excessive and unjustified fear for an object or a condition which is the result of both genetic and psychological factors and causes organic and psychological disorders in each individual. Kinesiophobia refers to the irrational fear of movement as people are convinced that by reducing their physical activity they can minimize the pain-symptoms. It is mostly associated with musculoskeletal and post-traumatic lesions and leads to the patients' inhibition of treatment, the prolongation of their disability and the abstinence from their daily routine. The purpose of this bibliography review is the nursing approach of phenomenon of kinesiophobia and not only the exact diagnosis and the estimation of fear of movement but also the potential co-existence of painful pathology which leads to the treatment of kinesiophobia. The combination of physiotherapy and psychotherapy is considered beneficial in the treatment of kinesiophobia while the work of nursing acquires a new dimension in promoting a safe environment which will help to improve the quality of sufferers' life.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	9
1.1 Ορισμός του πόνου	9
1.2 Τύποι και Κατηγορίες πόνου	10
1.3 Παράγοντες που προκαλούν πόνο	12
1.4 Προσδιορισμός της συμπεριφοράς του πόνου.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΑ.....	16
2.1 Ορισμός του φόβου και της φοβίας	16
2.2 Παράγοντες που προκαλούν φοβία.....	18
2.3 Είδη φοβίας.....	19
2.4 Συμπτώματα και Τρόποι αντιμετώπισης φοβιών.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΚΙΝΗΣΙΟΦΟΒΙΑ.....	23
3.1 Ορισμός κινησιοφοβίας	23
3.2 Παράγοντες που προκαλούν κινησιοφοβία	23
3.3 Εκτίμηση κινησιοφοβίας.....	24
3.3.1 Κλίμακα TAMPA.....	25
3.3.2 Εφαρμογές της Κλίμακας TAMPA.....	27
3.3.3 Kinesiophobia Causes Scale (KCS)	30
3.4 Κινησιοφοβία και συνοσηρότητα	35
3.5 Συνέπειες κινησιοφοβίας	38
3.5.1 Κινησιοφοβία και παιδιά	38
3.5.1.1 Ο καταστροφικός πόνος και ο φόβος του πόνου στα παιδιά	39
3.5.1.2 Μοντέλο αποφυγής δραστηριοτήτων λόγω πόνου.....	39
3.5.1.3 Μυοσκελετικός πόνος και πόνος στις αρθρώσεις.....	40
3.5.1.4 Σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου	41
3.5.1.5 Αποκατάσταση πόνου	41
3.5.2 Κινησιοφοβία και κατάθλιψη	43
3.5.3 Κινησιοφοβία και ηλικιωμένοι	44
3.5.3.1 Θεραπεία και συνυπάρχουσες ασθένειες	46
3.5.3.2 Αξιολόγηση πόνου με μειωμένη γνωστική ικανότητα.....	47
3.5.3.3 Οι επαγγελματίες υγείας στην παροχή θεραπείας.....	48
3.5.3.4 Εναλλακτικοί τρόποι παροχής θεραπείας	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΙΟΦΟΒΙΑΣ.....	50
4.1 Φυσιοθεραπεία.....	50
4.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση: ο ρόλος του νοσηλευτή υγείας	51

4.2.1 Επαγγελματική Δεοντολογία στην Νοσηλευτική	51
4.2.2 Δικαιώματα ασθενών	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	55
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος επηρεάζει τη συμπεριφορά του ανθρώπου, καθώς αποτελεί το μέσο ειδοποίησης προς το περιβάλλον για τον κίνδυνο που απειλεί το σώμα του αλλά και για την οδύνη που βιώνει. Τα προηγούμενα χρόνια, ο πόνος είχε συνδεθεί με συμπεριφορές ηρωισμού, ψυχικού σθένους και δύναμης, με αποτέλεσμα ο ιατρικός χώρος να είχε παραγνωρίσει τη μελέτη του στοιχείου του πόνου. Ωστόσο, τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, το ενδιαφέρον τόσο της ιατρικής κοινότητας όσο και της πολιτείας επικεντρώθηκε στη φαρμακευτική, φυσιολογική και ψυχολογική διάσταση του πόνου.

Σύμφωνα με τους Ζγαντζούρη και Μάντη (2004), ο πόνος είναι ένα διαπεραστικό σύμπτωμα που αναφέρεται ως αιτία ανικανότητας πολλών καθημερινών δραστηριοτήτων που οδηγεί το άτομο στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ή την αποφυγή της λόγω ερμηνείας του στοιχείου του πόνου από τον πάσχοντα ως προσωπικής και κοινωνικής αδυναμίας. Η τελευταία περίπτωση εξαρτάται από την αντίδραση του ατόμου απέναντι στον πόνο, η οποία καθορίζεται από τις γνωστικές λειτουργίες του κι έτσι παρουσιάζει ποικιλία και διαφοροποιήσεις ανάλογα με τα βιώματα του εκάστοτε πάσχοντα και την πάροδο του χρόνου.

Πιο συγκεκριμένα, ο χρόνιος πόνος ένας από τους πιο κοινούς λόγους αναζήτησης ιατρικής φροντίδας, καθώς προκαλεί στο άτομο άγχος και δυσχεραίνει πολλές πτυχές της καθημερινής του ζωής. Ακόμα, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ανικανότητα, εφόσον εξαντλεί συναισθηματικά τον πάσχοντα και αρκετές φορές τον οδηγεί στην απελπισία ή και την κατάθλιψη. Σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου, επιβαρύνεται και το οικείο περιβάλλον του πάσχοντα στην προσπάθεια υλικής αλλά και συναισθηματικής υποστήριξής του, ενώ οι ειδικοί στον τομέα υγείας βιώνουν εξίσου τα αισθήματα απογοήτευσης και ματαιώσης τόσο του ίδιου του πάσχοντα όσο και των οικείων του λόγω της έλλειψης ανακούφισης από τον αναφερόμενο πόνο. Έτσι, ο χρόνιος πόνος αποτελεί πλέον ο ίδιος νόσο που χρειάζεται θεραπεία είτε αιτιολογική, διερευνώντας την αιτία και εφαρμόζοντας κατευθυνόμενη θεραπεία, είτε συμπτωματική όταν δεν αναγνωρίζεται, πάρα τον έλεγχο, σαφής αιτία (Flor & Hermann, 2004).

Καθώς τα άτομα που αντιμετωπίζουν τον χρόνιο πόνο, δομούν τη ζωή τους γύρω από το πρόβλημα τους, αποκτούν εξάρτησης από γιατρούς κι από φαρμακευτικά σκευάσματα και αναπτύσσουν έντονα συμπλέγματα κοινωνικής ανεπάρκειας. Παρόλο που ο τομέας της ιατρικής έχει, σήμερα, πραγματοποιήσει μεγάλη πρόοδο στη μελέτη των φυσικών μηχανισμών, την ανάπτυξη εξελιγμένων διαγνωστικών εργαλείων και θεραπευτικών μεθόδων-παρεμβάσεων, εντούτοις δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει σήμερα κάποια θεραπεία η οποία αντιμετωπίζει αποτελεσματικά και συνολικά τον πόνο.

Επίσης, για την πληρέστερη κατανόηση του στοιχείου του πόνου κρίνεται σημαντική η εξέταση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του πάσχοντα. Συχνά, το αίσθημα του πόνου συνοδεύεται από την ύπαρξη φόβου. Οι φοβίες είναι παθήσεις που συνοδεύουν την ανθρώπινη φύση και τον πολιτισμό από τη στιγμή της ύπαρξής του. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, από την αρχαιότητα ήδη ο άνθρωπος εκδήλωνε έντονες φοβίες (π.χ. προς πλήθος κόσμου ή προς την έξοδο από το σπίτι στο φως της ημέρας) λόγω του αισθήματος απειλής. Οι περιγραφές του Ιπποκράτη ανταποκρίνονται επακριβώς στη σύγχρονη κλινική εικόνα των φοβιών παρόλο που τότε η διάγνωσή τους δεν ήταν ακόμη γνωστή (Saul, 2001).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να μελετήσει την κινησιοφοβία, ως πάθηση που συνδέεται με τραυματισμούς και οξείς πόνους που επιμένουν ακόμα και μετά την αντιμετώπιση του αλγογόνου αιτίου και οδηγούν στην πρόκληση φυσικών αλλαγών της συμπεριφοράς του ατόμου και την ελάττωση της φυσικής του κατάστασης. Ο φόβος της κίνησης ή αλλιώς όπως του έχει αποδοθεί ο όρος «κινησιοφοβία» σύμφωνα με την βιβλιογραφία είναι ο φόβος των ανθρώπων από τον πόνο που έχει προκληθεί λόγω της κίνησης. Η κινησιοφοβία, μπορεί να είναι ακόμα ένας βασικός λόγος ώστε ο ασθενής να παρατείνει την αποχή της συμμετοχής του σε δραστηριότητες που εκτελούσε προ-τραυματισμού του (Korí et al, 1990).

Η κινησιοφοβία επηρεάζει άτομα μικρών αλλά και μεγάλων ηλικιών, καθώς οι συγκεκριμένες φοβικές αντιδράσεις μπορεί να ξεκινούν μέσω της απλής παρατήρησης ή του άγχους αποφυγής του πόνου/ κινδύνου, αλλά συνήθως γενικεύονται σε περισσότερα φοβογόνα ερεθίσματα, με αποτέλεσμα το άτομο να ωθείται σε εξαιρετικά λανθασμένες επιλογές στην εργασία του και στις προσωπικές του σχέσεις. Η μείωση της φυσικής δραστηριότητας μπορεί επακόλουθα να προκαλέσει μυϊκή ατροφία και αυξημένη ανικανότητα. Έτσι, οι συμπεριφορικές αλλαγές που παρατηρούνται στους πάσχοντες από κινησιοφοβία ενδέχεται να οφείλονται στην αποφυγή πολλών ειδών δραστηριοτήτων που συνεπάγεται την ανάπτυξη ανικανότητας και κατάθλιψης (Siqueira et al., 2007).

Ωστόσο, η κινησιοφοβία μπορεί να αντιμετωπιστεί εστιάζοντας στη βαθύτερη κατανόηση του φοβικού συμπτώματος του πάσχοντος. Με την αρωγή της ψυχοθεραπείας των φοβιών, της ψυχοθεραπευτικής συζήτησης, της φυσιοθεραπείας για την αντιμετώπιση του υφιστάμενου πόνου αλλά και της φαρμακευτικής, το άτομο μπορεί να είναι σε θέση να επεξεργαστεί τα βαθύτερα αίτια του φόβου του, να τα ερμηνεύσει και να διαχειριστεί το άγχος που βιώνει καθώς και τις παρορμήσεις που τον διακατέχουν.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελείται από πέντε κεφάλαια: στο πρώτο κεφάλαιο, προσεγγίζεται η έννοια του πόνου και παρουσιάζονται οι βασικοί τύποι και κατηγορίες του· στο δεύτερο, ορίζεται το αίσθημα του φόβου και της φοβίας, αναλύονται οι παράγοντες που προκαλούν φοβίες και παρουσιάζονται τα βασικά είδη φοβίας, τα συμπτώματά τους, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισής τους· στο τρίτο, προσεγγίζεται η έννοια της κινησιοφοβίας, καταγράφονται οι παράγοντες που την προκαλούν, ο τρόπος εκτίμησής και διάγνωσής της, καθώς και οι συνέπειες που επιφέρει σε όλες τις ηλικίες των ατόμων· στο τέταρτο, παρουσιάζονται οι τρόποι αντιμετώπισης της κινησιοφοβίας από φαρμακευτική, νοσηλευτική και ψυχολογική πλευρά αλλά και ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει ο νοσηλευτής υγείας σε αυτή· τέλος, στο πέμπτο, παρουσιάζεται μια νοσηλευτική διεργασία ενός ασθενούς με οστεοαρθρίτιδα δεξιού γόνατος προκειμένου να γίνει φανερή η δράση του νοσηλευτή υγείας για την πρόληψη τυχόν επιπλοκών αλλά και την ολιστική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης πάθησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

1.1 Ορισμός του πόνου

Η λέξη «πόνος» προέρχεται ετυμολογικά από το ομηρικό ρήμα «πένομαι» που σημαίνει «μοχθώ», ενώ παρουσιάζει στενή ετυμολογική συγγένεια με τη λατινική λέξη «roena» που αντιστοιχεί στη ελληνική λέξη «ποινή». Ιστορικά και σε ευρύτερο εννοιολογικό πλαίσιο, ο πόνος σχετίζεται σε διάφορες θρησκείες με την καταπόνηση που εκφράζει μια «ηθικά ανυψωτική αντίληψη». Ακόμη και σήμερα, όμως, ο σωματικός και ο ψυχικός πόνος αποτελεί τρόπο τιμωρίας και φρονηματοτισμού κυρίως των παιδιών. Σύμφωνα με την IASP (1979), ο όρος πόνος συνδέθηκε άμεσα με την έννοια της νόσου και του τραύματος για πρώτη φορά στην εποχή του Ιπποκράτη, αποκτώντας πλέον καθαρά νοσολογικό περιεχόμενο (Γουλές, 2002α).

Το γεγονός ότι ο πόνος εξαρτάται από ενδογενείς αλλά και εξωγενείς παράγοντες, ενώ, παράλληλα, έχει εξατομικευμένο χαρακτήρα και μπορεί να μελετηθεί ή να προσεγγιστεί από διάφορες πλευρές, τον καθιστά φαινόμενο πολυδιάστατο για το οποίο δεν υπάρχει αντικειμενική μέτρηση και εκτίμηση. Έτσι, ενώ ο εκάστοτε ασθενής βιώνει τον πόνο τελείως προσωπικά, η φυσιολογία ή η βιοχημεία μελετούν τον πόνο με βάση τη διέγερση των περιφερικών απολήξεων (αλγοϋποδοχέων) ή των νευροπεπτιδίων αντίστοιχα· η ψυχολογία και η ψυχιατρική εστιάζει στον ψυχογενή πόνο και τους ψυχικούς ή ψυχοσωματικούς παράγοντες που τον προκαλούν διαμορφώνοντας την έντασή του· η κλινική θεραπευτική ασχολείται κυρίως με τη φύση και τη θεραπεία της παθολογοανατομικής βλάβης που ευθύνεται για τον πόνο (Γουλές, 2002α).

Σύμφωνα με τους Mersky και Spear (1967), ο πόνος αποτελεί μια αντιστοιχία δυσάρεστης αίσθησης και ιστικής βλάβης. Καθώς, όμως, σε μερικές ψυχογενείς περιπτώσεις δεν υπάρχει αυτή η αντιστοιχία, στη συνέχεια δόθηκε κι άλλος πληρέστερος ορισμός που περιείχε τη φράση «ως εάν», προκειμένου να καλυφθούν καταστάσεις τέτοιου είδους. Έτσι, δόθηκε ο ορισμός σύμφωνα με τον οποίο πόνος είναι «μια δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία προερχόμενη από πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη ή το ίδιο βίωμα ως εάν ή σαν να υπήρχε η ιστική βλάβη» (Σολδάτος, 1991). Ο ορισμός αυτός με τη συμπληρωματική φράση «ως εάν» αποτέλεσε την εννοιολογική βάση του τελικού ορισμού που δόθηκε από τη Διεθνή Εταιρεία για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain) ή (IASP), που αποδέχεται την ισοδύναμη ύπαρξη αισθητηριακού και συναισθηματικού στοιχείου αλλά και την ύπαρξη πόνου και όταν ο ασθενής περιγράφει την εμπειρία του «σαν να» υπήρχε ιστική βλάβη. Με άλλα λόγια, πόνος είναι «μια δυσάρεστη υποκειμενική αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται σαν τέτοια» (IASP, 1979).

Ο πόνος αποτελεί ένα δυσάρεστο υποκειμενικό οδυνηρό αίσθημα, το οποίο μαθαίνει κανείς βάσει των προσωπικών του εμπειριών από νωρίς στην ζωή. Πρόκειται για την αντίδραση του οργανισμού σε μια βλάβη των ιστών, η οποία ενδέχεται να προκληθεί ακόμα και από απλές δραστηριότητες. Για παράδειγμα, το κάθισμα στα ισχία για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να προκαλεί βλάβη σε ιστούς εξαιτίας της αναστολής της αιμάτωσης του δέρματος στα σημεία που το δέρμα συμπιέζεται από το βάρος του σώματος. Στην προκειμένη περίπτωση, η αντίδραση του οργανισμού στην ισχαιμία είναι η απότομη αλλαγή θέσης, εκτός κι αν βέβαια, υπάρχει βλάβη στο νωτιαίο μυελό και το άτομο δεν αισθάνεται τον πόνο. Επομένως, ο πόνος αποτελεί έναν προστατευτικό μηχανισμό του σώματος που εξαναγκάζει το

άτομο να αντιδρά έστι ώστε να απομακρύνει το αλγογόνο ερέθισμα (Χαρχαρίδου, 2015).

Ο εγκέφαλος είναι το όργανο το οποίο έχει την ικανότητα να εντοπίζει τον πόνο. Ο πόνος έχει ως αποτέλεσμα να εμποδίζει το άτομο να επικεντρωθεί στις δραστηριότητές του. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο εγκέφαλος συνεχίζει να στέλνει μηνύματα πόνου ακόμα και όταν το αρχικό ερέθισμά έχει επιλυθεί (Meyer, Ringcamp, Campbell, et al 2006). Σε ορισμένες περιπτώσεις τα σήματα πόνου συνεχίζονται για μήνες – χρόνια. Τέτοιου είδους διεργασίες είναι πιθανόν να συμβαίνουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και σε ορισμένες συνθήκες δημιουργούν μία συνεχόμενη επικέντρωση του μυαλού του ασθενούς στον φόβο παρά την απουσία τραυματισμού σε κάποιο συγκεκριμένο ιστό (Griffith, 2008).

Στην έννοια του πόνου επιστημονικά μπορούν να εντοπιστούν δύο συστατικά στοιχεία, τα οποία σχετίζονται απόλυτα μεταξύ τους. Το πρώτο συστατικό ονομάζεται πρωτογενές, αισθητηριακό, οργανικό ή σωματικό και σχετίζεται με το αισθητηριακό ερέθισμα των αλγοϋποδοχέων. Συνήθως, το στοιχείο αυτό συνδέεται με την ένταση του ερεθίσματος, την ταχύτητα πρόκλησης της ιστικής βλάβης και την έκταση της. Το δεύτερο συστατικό αναφέρεται ως δευτερογενές, ψυχολογικό ή αντιδραστικό και συνιστά την ψυχολογική (συναισθηματική) αντίδραση στο οργανικό ερέθισμα ή την ιστική βλάβη, ενώ συνοδεύεται από άγχος, φόβο, στρες, μελαγχολία και εκδηλώσεις από τη διέγερση του φυτικού νευρικού συστήματος κ.λ.π. Ας σημειωθεί ότι δεν υπάρχει πάντα αναλογική αντιστοιχία μεταξύ της έκτασης της ιστικής βλάβης (πρωτογενές στοιχείο) και της έντασης του αντιδραστικού στοιχείου (Γουλές, 2002α).

1.2 Τύποι και Κατηγορίες πόνου

Σύμφωνα με τους Guyton & Hall (2001), ο πόνος διακρίνεται σε τέσσερις διαφορετικούς κύριους τύπους:

- Ο **ταχύς** πόνος εμφανίζεται σε 0,1 sec μετά την εφαρμογή αλγογόνου ερεθίσματος. Γίνεται αισθητός με την εισαγωγή βελόνας στο δέρμα, είτε κατά την τομή του δέρματος με μαχαίρι, καθώς και κατά την επίδραση ηλεκτρικού ρεύματος στο δέρμα.
- Ο **βραδύς** πόνος αρχίζει να γίνεται αισθητός μετά από 1 sec μετά την εφαρμογή αλγογόνου ερεθίσματος (ή και περισσότερο) και στη συνέχεια η ένταση του αυξάνεται βραδέως για πολλά δευτερόλεπτα, και σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και για αρκετά λεπτά. Συνήθως συσχετίζεται με καταστροφή ιστών και ενδέχεται να προέρχεται τόσο από το δέρμα όσο και από οποιονδήποτε εν τω βάθει ιστό είτε και όργανο.
- Ο **οξύς πόνος** είναι πόνος μικρής διάρκειας και συνήθως έχει εύκολα διευκρινίσιμη αιτία. Είναι αυτοπεριοριζόμενος και εξυπηρετεί μια προστατευτική βιολογική λειτουργία, δρώντας ως προειδοποίηση μιας εξελισσόμενης ιστικής βλάβης. Είναι σύμπτωμα της εξέλιξης μίας νόσου και εμφανίζεται, ή γύρω από τον τραυματισμένο ή τον πάσχοντα ιστό. Τα συνοδά ψυχολογικά συμπτώματα είναι ελάχιστα και συνήθως περιορίζονται στο ήπιο άγχος. Ο οξύς πόνος είναι βλαπτικής φύσης και εμφανίζεται δευτεροπαθώς μετά από χημικό, μηχανικό και θερμικό ερεθισμό των Α-δέλτα και C-πολυπαραγόντων υποδοχέων του πόνου. Ο οξύς πόνος είναι λειτουργικός και μπορεί να θεωρηθεί ως μία φυσιολογική απάντηση στη ζημιά – τραυματισμό

ενός ιστού σε αντίθεση με το χρόνιο πόνο, οποίος περιλαμβάνει ψυχολογικούς και συμπεριφοριστικούς μηχανισμούς εκτός από φυσιολογικούς.

- Ο **χρόνιος** πόνος συχνά είναι ανεξάρτητος από την αρχική του αιτία. Διαρκεί περισσότερο από τον χρόνο που απαιτείται για την επούλωση μιας κάκωσης ή για την βελτίωση μιας τρέχουσας νοσηρής κατάστασης. Σύμφωνα με τους Zasler, Martelli & Nicholson (2005), ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί καμία προστατευτική βιολογική λειτουργία, δεν αποτελεί σύμπτωμα της εξέλιξης μιας νόσου, αλλά είναι ο ίδιος εξέλιξη μιας νόσου. Ο χρόνιος πόνος δεν υποχωρεί και δεν αυτοπεριορίζεται. Σύμφωνα με την IASP (1986), ο χρόνιος πόνος καθορίζεται ως ο πόνος «ο οποίος εμμένει πέρα από το κανονικό χρόνο θεραπείας», για περισσότερο από έξι μήνες (με ή χωρίς προφανή παθολογία). Ειδικότερα, το σύγχρονο ψυχοβιολογικό πρότυπο του χρόνιου πόνου (Flor & Hermann, 2004) έχει απαριθμήσει τους παρακάτω παράγοντες που συμβάλλουν ενεργά στις ψυχοσωματικές απαντήσεις του πόνου:

- i. Προδιάθεση παραγόντων
- ii. Απόσπαση / εξαγωγή ερεθισμάτων και απαντήσεων
- iii. Διατήρηση των διαδικασιών που συμβάλουν ενεργά στις ψυχοσωματικές απαντήσεις του πόνου

Η ανικανότητα που συνδέεται με την εμπειρία του χρόνιου πόνου έχει ως αποτέλεσμα τις «συμπεριφορές πόνου». Οι συμπεριφορές που συνακολουθούν τον πόνο, όπως η χωλότητα, αποφυγή ορισμένων δραστηριοτήτων, αποφυγή κίνησης μέλους, διατύπωση παραπόνων πόνου περιγράφονται από τον Fordyce ως εκφράσεις ή επικοινωνίες πόνου (Fordyce et al., 1982).

Ακόμη, ανάλογα με το μέγεθος του ερεθίσματος ή της βλάβης ο προκαλούμενος πόνος μπορεί να χαρακτηριστεί ήπιος, μέτριος, σοβαρός ή πολύ σοβαρός. Με διαφορετική περιγραφική διατύπωση μπορεί να χαρακτηριστεί ως ανθεκτικός (intractable), αβάστακτος (unbearable) και αθεράπευτος (incurable). Ο πόνος με βάση τον ανατομικό και παθογενετικό μηχανισμό του διακρίνεται σε (Γουλές, 2002β):

1. Ψυχογενής ή Λειτουργικός Πόνος

Ο ψυχογενής (ιδιοπαθής) πόνος οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικά αίτια, ενώ συνήθως δεν υπάρχει κάποια οργανική βλάβη ή νευροανατομική συσχέτιση στη συμπτωματολογία του. Δεδομένου ότι ο πόνος αποτελεί μια ενιαία οντότητα, δεν είναι πάντα φανερό αν ο ψυχικός παράγοντας προκαλεί τον πόνο ή ο πόνος προκαλεί τις ψυχικές διαταραχές.

2. Αλγαισθητικός πόνος

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

α) Ο **σωματικός** πόνος, προέρχεται από ερεθισμό των αλγοϋποδοχέων των πασχόντων σωματικών (μη σπλαχνικών) ιστών. Άγεται κεντρικά κυρίως με τις ίνες Αδ αλλά και με τις C και διανέμεται στο αντίστοιχο δερμοτόμιο. Είναι συνήθως πόνος οξύς, συνεχής, σταθερός, διαξιφιστικός, εντοπισμένος.

β) Ο *σπλαχνικός* πόνος μεταφέρεται κυρίως με τις ίνες C και λιγότερο με τις Αδ. Ο σπλαχνικός πόνος είναι βύθιος, αμβλύς, συνεχής ή κωλικοειδής, διάχυτος και ασαφής. Μπορεί να συμμετέχει το συμπαθητικό σύστημα ή να είναι αναφερόμενος ή προβαλλόμενος σε άλλη περιοχή που έχει την ίδια εμβρυολογική προέλευση με το πάσχον όργανο π.χ. η καρδιά αντανακλά τον πόνο στο αριστερό άνω άκρο και η χολοκυστοπάθεια προβάλλει τον πόνο στην ωμοπλάτη.

3. Νευροπαθητικός Πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος προέρχεται από οργανική βλάβη ή δυσλειτουργία του νευρικού ιστού. Το άλγος μεταφέρεται κεντρικά με την ίδια νευρική οδό όπως και ο αλγαισθητικός πόνος. Έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα και δικούς του παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που τον καθιστούν σε ξεχωριστή νοσολογική οντότητα.

1.3 Παράγοντες που προκαλούν πόνο

Η υποκειμενικότητα αλλά και ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του πόνου δυσχεραίνει την πλήρη περιγραφή των παραγόντων που τον προκαλούν, η οποία εξαρτάται από την αντίληψη και την εκφραστικότητα του ίδιου του ασθενούς. Η εκάστοτε αντίδραση του πάσχοντος στον πόνο καθορίζεται και διαμορφώνεται από ποικίλους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η υποκείμενη νοσηρή διεργασία, η προσωπικότητα του αρρώστου (ναρκισσιστική, σαδομαζοχιστική), τα προηγούμενα βιώματα πόνου, οι συμπεριφορές του, οι πολιτιστικοί παράγοντες, οι συνθήκες ζωής του κλπ. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες που βίωσε ο ίδιος ή φιλικά και συγγενικά του πρόσωπα, το άμεσο περιβάλλον και η στάση που έχει ήδη οικοδομηθεί έναντι του πόνου, της ασθένειας και των αξιών της ζωής (Γουλές, 2002α).

Ειδικότερα, υπάρχει μια σειρά συστηματικών παραγόντων που ευνοούν τη μετατροπή ενός πόνου από οξύ σε χρόνια και τη διατήρησή του στο βάθος του χρόνου (Simons D.G.,1989). Αυτοί είναι:

- i. **Ενζυμική Δυσλειτουργία - Διατροφική Ανεπάρκεια**
Εμφανίζεται κυρίως με τη μορφή της έλλειψη ουσιών όπως οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β (Β1, Β6, Β12), οι ηλεκτρολύτες μυϊκής συστολής (Ca, Mg), το φυλλικό οξύ, οι βιταμίνες Α, D, Ε, Κ και η βιταμίνη C.
- ii. **Χρόνια Φλεγμονή**
Παρατηρείται εξ' αιτίας της πτώσης του αμυντικού μηχανισμού και της χρόνιας συσσώρευσης προϊόντων φλεγμονής (χρόνια ιογενής ή βακτηριακή ή παρασιτική λοίμωξη)
- iii. **Μετατραυματική Υπερευαισθησία**
Κάνει αισθητή την παρουσία της στο ανθρώπινο σώμα με τη μορφή της αυξημένης ευερεθιστότητας και της ανάπτυξης συμπεριφοράς πόνου.
- iv. **Ανατομικές Παραλλαγές**
Κοντοί οπίσθιοι μηριαίοι, μακρύ 2ο μετατόρσιο.
- v. **Ψυχολογικό Stress**
Σχετίζεται με το χαμηλό επίπεδο αυτό-εκτίμησης, με το λειτουργικό προσανατολισμό και την επαγγελματική δραστηριότητα.
- vi. **Stress Στάσης**

Δημιουργείται λόγω καθιστής ή όρθιας στάσης του σώματος. Επί παραδείγματι, σκληρή επιφάνεια καθίσματος, ακατάλληλη θέση ή καρέκλα εργασίας, κλίση εδάφους κατά τη στάση ή το περπάτημα.

vii. **Stress Επαγγελματικής Δραστηριότητας**

Η ανύψωση ώμων, ο υπτιασμός αντιβραχίου, ή βίαιη/ δυνατή σύλληψη κ.α.

viii. **Ενδοκρινολογική / Μεταβολική Δυσλειτουργία**

Είναι οι κρύσταλλοι ουρικού οξέως (ουρική αρθρίτιδα), η αναιμία (υποξία), τα χαμηλά επίπεδα ηλεκτρολυτών (μείωση ενζυμικής λειτουργίας και μυϊκής συστολής), η υπογλυκαιμία και η πτώση του μεταβολισμού (συσσώρευση γαλακτικού οξέως).

Ωστόσο, ο πόνος μπορεί να οφείλεται μόνο σε ψυχική ή συναισθηματική διαταραχή. Μάλιστα ο ψυχογενής πόνος μπορεί να κάνει το άτομο να υποφέρει το ίδιο, όπως ο οργανικός πόνος. Παράδειγμα, ο συσφυκτικός πόνος στο στήθος των γονέων που τους εγκατέλειψε ο γιος τους ή ο γιος που αιτιάζεται προκάρδια άλγη μετά το θάνατο του πατέρα του από ανακοπή. Ακόμη, διάφορα νοσήματα, όπως η στηθαγχική κρίση, εκλύονται και εξαρτώνται από την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Γενικά η ένταση του πόνου επηρεάζεται δραματικά από τη συναισθηματική κατάσταση. Το άγχος και ο φόβος επιτείνουν τον πόνο, ενώ η συναισθηματική αποφόρτιση ελαττώνει το άγχος και την ένταση του πόνου. Συμπερασματικά, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι σύμφωνα με τις κλασικές αντιλήψεις ο πόνος οφείλεται σε οργανικά αίτια ή σε ψυχικά αίτια όπως η κατάθλιψη, η σωματοποίηση και η ψύχωση (Γουλές, 2002α).

1.4 Προσδιορισμός της συμπεριφοράς του πόνου

Όπως προαναφέρθηκε, ο πόνος χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα και αποτελεί προσωπική υπόθεση του καθενός. Γι' αυτό το λόγο, η εκτίμησή του από τους ιατρούς προκύπτει από τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του εκάστοτε ασθενούς. Σύμφωνα με αυτές, ο ιατρός είναι σε θέση να αντιληφθεί τη σημειολογία, την οξύτητα αλλά και την ποιότητα του πόνου, προκειμένου να επιλέξει τις κατάλληλες δράσεις αντιμετώπισης και βοήθειας του ασθενούς.

Ο ασθενής, από τη δική του πλευρά, γνωρίζει ότι με τη συμπεριφορά του κάνει «φανερό» τον πόνο του και, επομένως, η ανταπόκρισή του σε αυτόν σηματοδοτεί και την πορεία του ως ασθενούς. Άλλωστε, το πώς θα διαμορφώσει τη συμπεριφορά του απέναντι στον πόνο προσδιορίζει, εκτός από το είδος της θεραπευτικής αγωγής που θα ακολουθήσει, τη στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος, τη χορήγηση αναρρωτικής αδείας κ.λ.π. και πρέπει να εμφανίζει ορισμένες συμπεριφορές που σηματοδοτούν τον πόνο.

Η συμπεριφορά του πόνου, σύμφωνα με τον Γουλέ (2002α) μπορεί να ταξινομηθεί σχηματικά σε διάφορους τύπους ή να χαρακτηρισθεί ως:

1. Λεκτική συμπεριφορά πόνου

Λεκτική είναι η συμπεριφορά του ασθενούς που περιγράφει με λόγια τα χαρακτηριστικά του πόνου που βιώνει. Αποτελεί το κύριο μέσο μετάδοσης της πληροφορίας του πόνου, η περιγραφή του οποίου, ωστόσο, δυσκολεύει πολλές φορές τους ασθενείς, καθώς εξαρτάται από την εκφραστικότητα, το πλούσιο λεξιλόγιο, την αυτο-παρατηρητικότητα και τη νοημοσύνη του ατόμου, αλλά και μορφωτικούς, περιβαλλοντικούς ή άλλους υποκειμενικούς παράγοντες. Σημαντικά χαρακτηριστικά της λεκτικής συμπεριφοράς του πόνου αποτελούν το ύψος, η ένταση και οι

αποχρώσεις του λόγου, τα οποία ενισχύουν την πειστικότητα και παράλληλα, στοιχειοθετούν την επώδυνη συμπεριφορά του πάσχοντος.

2. Σωματική συμπεριφορά πόνου

Η σωματική συμπεριφορά περιλαμβάνει μορφασμούς, κραυγές, βογκητά, δυσκινησία, χωλότητα, συσπάσεις, κλινοστατισμό, και γενικότερα, οτιδήποτε δηλώνει ο ασθενής για τον πόνο του χωρίς λόγια. Ακόμη, στη σωματική συμπεριφορά ανήκουν και τα μέσα αντιδράσεις του πάσχοντος απέναντι στον πόνο, όπως θερμοφόρες, εντριβές, λήψεις φαρμάκων, θεραπείες, αναρρωτικές άδειες, ελάττωση κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας κ.λ.π.

3. Συμπεριφορά οξέος πόνου

Ο οξύς πόνος χαρακτηρίζεται από έντονη έως δραματική συμπτωματολογία και θορυβώδη συμπεριφορά, όπως κραυγές, βογκητά, ειδικές στάσεις και επίκληση άμεσης ιατρικής βοήθειας. Ο ασθενής, συνήθως, αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή του και η σωματική του ακεραιότητα. Όπως προαναφέρθηκε, ο οξύς πόνος οφείλεται σε οργανικά αίτια αλλά συνοδεύεται και από ψυχολογικές διαταραχές, όπως αγωνία, φόβος, ιδρώτες, ταχυκαρδία, υπέρταση. Με την πάροδο των ημερών τα συμπτώματα κοπάζουν, ο ασθενής εφησυχάζει και η συμπεριφορά του πόνου μετριάζεται ακόμα και σε στιγμές αύξησης της έντασης του πόνου. Αυτό οφείλεται στην ενημέρωση για τον πόνο του, στην ανάπτυξη ενδογενών προσαρμοστικών μηχανισμών αναλγησίας, αλλά και στην παροχή φροντίδας από τους άλλους.

4. Συμπεριφορά χρόνιου πόνου

Η συμπεριφορά του χρόνιου πόνου, σε αντίθεση με αυτή του οξέος, χαρακτηρίζεται από μετριοπάθεια και αυτοσυγκράτηση με την οποία ο πάσχων προσπαθεί περισσότερο με λεκτικά και λιγότερο με εξωλεκτικά (σωματικά) μέσα να περιγράψει και να πείσει για τη χρόνια επώδυνη κατάστασή του. Η συμπεριφορά του χρόνιου πόνου περιλαμβάνει αντιδράσεις, όπως αϋπνία, άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα, παραμονή στο κρεβάτι, εύκολη κόπωση, μειωμένη σωματική, ψυχολογική και επαγγελματική απόδοση, άδειες κ.λ.π. Πολλές φορές, η έλλειψη εμφανών σωματικών συμπτωμάτων ή αναπηρίας, η αδυναμία ανεύρεσης αιτίας και η παρατεταμένη διάρκεια του χρόνιου πόνου προκαλεί αμφιβολία και δυσπιστία στο περιβάλλον του ασθενούς, με αποτέλεσμα ο ασθενής να υποβάλλεται σε ατελείωτες σειρές εξετάσεων, συνταγών και φάρμακων προκειμένου να εντοπιστούν τα αίτια του πόνου. Ωστόσο, αρκετές φορές δεν μπορεί να βρεθεί κάποια οργανική αιτία για τα συμπτώματα του πάσχοντος ούτε να δοθεί κάποια ιατρική εξήγηση. Έτσι, ενδέχεται να παραπεμφθεί στον ψυχίατρο, γεγονός που ο ασθενής εκλαμβάνει ως απόρριψη και ένδειξη απουσίας εμπιστοσύνης από το κοινωνικό του περιβάλλον που τον αντιμετωπίζει ως τρελό.

5. Εμπεδωμένη ή μαθημένη συμπεριφορά πόνου

Στην περίπτωση του χρόνιου πόνου, η παρατεταμένη διάρκεια του πόνου προκαλεί την εγκατάσταση και αποδοχή ορισμένων συνηθειών, που συνιστούν μια συμπεριφορά η οποία έχει μικρή ή καμία άμεση σχέση με την παθολογική αιτία του πόνου. Η εμπέδωση της συμπεριφοράς του πόνου ακολουθεί τους νόμους και τις αρχές που διέπουν την κλασική μάθηση του Pavlov και την επεμβατική του Skinner, καθώς η αντίληψη του πόνου αποτελεί μια αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που στηρίζεται στις γνωσιακές διεργασίες «της αίσθησης, αντίληψης, μάθησης, μνήμης, προσοχής, του συναισθηματικού φορτίου και της αυτόματης γνωσιολογικής αξιολόγησης».

6. Συγκεκαλυμμένη συμπεριφορά πόνου

Η συγκεκαλυμμένη ή ασυμπτωματική συμπεριφορά του πόνου αφορά μια ιδιόμορφη, ετερογενή και ευρέως φάσματος κατηγορία ασθενών, οι οποίοι ισχυρίζονται, υποκρίνονται ή πιστεύουν ότι δεν πονούν. Οι ασθενείς αυτοί επιθυμούν να θεωρούνται «ήρωες» που δεν έχουν ανάγκη τη συμπόνια των άλλων για να μην πληγωθεί το γόητρο τους. Παράδειγμα αποτελούν στρατιώτες με πολεμικά τραύματα που δεν πονούν και δε δέχονται φαρμακευτική αγωγή ή οι θρησκευτικοί και πολιτικοί κρατούμενοι υποβαλλόμενοι σε μαρτύρια, η αντοχή των οποίων επιβραβεύεται ηθικά και αποδεικνύεται ιστορικά.

7. Υποκριτική συμπεριφορά ή προσποίηση πόνου

Η υποκριτική συμπεριφορά του πόνου απαντάται σε άτομα που συνειδητά αναφέρουν την παρουσία ψευδών, υπερβολικών και ιατρικά αδικαιολογήτων πόνων, ενώ παράλληλα, δεν επιθυμούν να συνεργαστούν με τον ιατρό για τη διάγνωση και τη θεραπεία του προσποιητού πόνου. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν η υποκριτική συμπεριφορά άλγους μετά από εργατικό ή τροχαίο ατύχημα με σκοπό την υψηλότερη αποζημίωση, καθώς και το σύνδρομο Münhausen, κατά το οποίο ο ασθενής προβάλλει φανταστικά συμπτώματα, επιδιώκοντας τη νοσηλεία του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΑ

2.1 Ορισμός του φόβου και της φοβίας

Ο φόβος χαρακτηρίζεται ως ένα έμφυτο συναίσθημα που υπακούει στο αρχέγονο ένστικτο της αυτοσυντήρησης. Λειτουργεί ως αντίδραση στην παρουσία ή σκέψη ενός πραγματικού ή υποθετικού κινδύνου. Αποτελεί προειδοποιητικό σημάδι και προετοιμάζει τον οργανισμό να αντιμετωπίσει μία απειλή αποτρέποντας με αυτόν τον τρόπο κάποια πιθανή βλάβη. (Leidig & Glomp 2006).

Το αίσθημα του φόβου είναι απαραίτητο για την επιβίωση και το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του φαίνεται να είναι έμφυτο. Από τους πρώτους κιόλας μήνες της ζωής του ανθρώπου παρατηρούνται συμπεριφοριστικές απαντήσεις που σχετίζονται με τον φόβο¹. Με βάση την νευροβιολογία, ο φόβος είναι το επακόλουθο της διέγερσης ενός αμυντικού συστήματος. Συγκεκριμένα, η περιοχή του εγκεφάλου που γίνεται αυτή η αντίδραση είναι η αμυγδαλή, η οποία αποτελεί μέρος του μεταιχμιακού συστήματος, το οποίο με την σειρά του σχετίζεται με τα συναισθήματα και την συμπεριφορά. Η αμυγδαλή δέχεται πληροφορίες από το θάλαμο, ο οποίος βρίσκεται ενδιάμεσα στις οπτικές, ακουστικές και αισθητικές οδούς. Η αμυγδαλή δέχεται νωρίτερα τις πληροφορίες από τον φλοιό του εγκεφάλου. Το γεγονός αυτό εξηγεί τον λόγο που είμαστε ικανοί να αντιδράσουμε αστραπιαία στον κίνδυνο – απειλή, πριν προλάβουμε να συνειδητοποιήσουμε τι συμβαίνει (Kalin et al., 2001).

Η αμυγδαλή είναι μια μικρή περιοχή στο πρόσθιο μέρος του κροταφικού λοβού και παίρνει το όνομά της από το σχήμα της, το οποίο έχει μοιάζει με αυτό του αμυγδάλου. Η αμυγδαλή είναι υπεύθυνη τόσο για τις εκφράσεις του προσώπου όσο και για την αναγνώριση των συναισθηματικών εκφράσεων που εκδηλώνονται εξαιτίας άλλων, κυρίως από την απειλή που σχετίζεται με συναίσθημα όπως ο φόβος, η θλίψη, η ευτυχία. Αποτελεί μια από τις βασικές δομές του εγκεφάλου και ευθύνεται για την απόκτηση μνήμης του φόβου και της αποθήκευσής της. Επιπλέον, διαμορφώνει τον φόβο που σχετίζεται με την μάθηση σε άλλες δομές του εγκεφάλου, όπως τον ιππόκαμπο και τον φλοιό. Σε μερικές περιπτώσεις συμβαίνει η αμυγδαλή να είναι υπερδραστική και αυτό το φαινόμενο σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί εντοπίζεται συχνότερα σε ασθενείς με κατάθλιψη ή άλλη αγχώδη διαταραχή (Ehrlich et al., 2009).

Πειράματα ακόμα έχουν δείξει πως τα νευρικά κύτταρα της αμυγδαλής είναι ικανά να απομνημονεύουν ερεθίσματα που σχετίζονται με κάποιο ερέθισμα πόνου. Τα συνδεδεμένα με τον πόνο ερεθίσματα είναι δυνατό να προκαλέσουν αντίδραση φόβου και άγχους ακόμα και όταν το επώδυνο ερέθισμα απουσιάζει. Η μνήμη, η οποία εγκαθίσταται στην αμυγδαλή είναι ουσιαστικά μια ασυνείδητη μνήμη, γεγονός που υποδηλώνει τον σημαντικό ρόλο που παίζουν οι ασυνείδητες διαδικασίες στην συναισθηματική συμπεριφορά του ανθρώπου. (Leidig & Glomp, 2006)

Δεδομένης της πολυπλοκότητας του εγκεφάλου των θηλαστικών, είναι δυνατό να εντοπιστούν σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου συναισθηματικές καταστάσεις όπως ο φόβος και το άγχος. Ακόμα, αποδεικνύεται πως υπάρχει ένα συγκρότημα σχετικών κυττάρων στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου που φαίνεται να εμπλέκεται στις αντιδράσεις καθώς και στην εκμάθηση του φόβου (Αγγελόπουλος, 2009)

¹ [http://www.neuroanatomy.wisc.edu/coursebook/neuro5\(2\).pdf](http://www.neuroanatomy.wisc.edu/coursebook/neuro5(2).pdf).

Ως **φοβία** χαρακτηρίζουμε τον υπερβολικό και αδικαιολόγητο φόβο ως προς ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή μια κατάσταση, τα οποία στην πραγματικότητα, δεν ενέχουν κίνδυνο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου κάποιοι δεν θεωρούν επικίνδυνο το φοβογόνο αντικείμενο, όμως αυτό δεν ανακουφίζει τον «ασθενή», εξάλλου υπάρχουν περιπτώσεις, όπου και ο ίδιος γνωρίζει πως ο φόβος του είναι αδικαιολόγητος. Όταν ο ασθενής εκτεθεί σε ένα τέτοιο φοβογόνο αντικείμενο, καταλαμβάνεται από οξύ άγχος, το οποίο κλιμακώνεται και μπορεί να φτάσει την κρίση πανικού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή του ατόμου από το φοβογόνο συναίσθημα. Το αίσθημα του φόβου, λοιπόν, έχει σκοπό να προστατέψει το άτομο, να «ενεργοποιήσει» δηλαδή την κατάσταση του άγχους ώστε να είναι σε ετοιμότητα να αντιμετωπίσει ή να απομακρυνθεί από τον κίνδυνο που τον απειλεί. (Steimer, 2002).

Το άγχος είναι το πιο κοινό χαρακτηριστικό στις φοβικές διαταραχές και εκδηλώνεται ως εξής (Preda, 2018):

- Αυξημένη καρδιακή συχνότητα
- Αυξημένη πίεση αίματος
- Τρόμος
- Αίσθημα παλμών
- Διάρροια
- Εφίδρωση
- Δύσπνοια
- Ζάλη
- Παισιθήσεις

Καθώς το άγχος παρουσιάζει μια σειρά από ορισμένα συμπτώματα, αν ο ασθενής παρουσιάσει εκ νέου κάποιο από αυτά, θα πρέπει να υποβληθεί σε περαιτέρω κλινικές εξετάσεις για να μπορέσει να γνωματευθούν και κατά συνέπεια, να εξαλειφθούν οι καταστάσεις που μπορούν να παρουσιάσουν συμπτώματα άγχους (Preda, 2018).

Στην περίπτωση ασθενή με υποψία φοβίας ή φοβικής διαταραχής, η εξέταση της νοητικής κατάστασης περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ακόλουθων στοιχείων (Preda, 2018):

- i. Εμφάνιση
- ii. Συμπεριφορά
- iii. Συνεργασία στην εξέταση
- iv. Επίπεδο δραστηριότητας
- v. Ομιλία
- vi. Διάθεση – συναίσθημα
- vii. Διορατικότητα
- viii. Κρίση

Ευρήματα σε ασθενή με φοβική διαταραχή μπορεί να περιλαμβάνουν και τα ακόλουθα (Preda, 2018):

- i. Νευροφυσικές ενδείξεις
- ii. Ανήσυχη διάθεση
- iii. Δυνατότητα εντοπισμού της αιτίας που προξενεί την αγχώδη κατάσταση
- iv. Διατηρητέα εικόνα
- v. Ύπαρξη συνοσηρότητας, είναι δυνατή η αυτοκτονία ή η ανθρωποκτονία

2.2 Παράγοντες που προκαλούν φοβία

Οι φοβίες όπως και όλες οι ψυχικές διαταραχές προκαλούνται από το συνδυασμό βιολογικών παραγόντων και εμπειριών της ζωής κάθε ατόμου. Όλοι οι άνθρωποι έχουν γενετικά προγραμματισμένες ορισμένες τάσεις φόβου απέναντι σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή πράγματα. Ενίοτε οι γενετικά καθορισμένοι φόβοι συντελούν στην ύπαρξη ετοιμότητας του ανθρώπου απέναντι στον επικείμενο κίνδυνο και συνεπώς, στην αύξηση της πιθανότητας επιβίωσής του (π.χ. ο φόβος για τα φίδια ή τα έντομα). Ωστόσο, ορισμένες φορές, αυτή η ετοιμότητα μπορεί να οδηγήσει και σε υπερβολικού τύπου αντιδράσεις ακόμα και στην απουσία του φοβογόνου ερεθίσματος. Οι υπερβολικές αυτές αντιδράσεις αποτελούν τις φοβίες, οι οποίες ως ένα βαθμό είναι αποτέλεσμα της επίδρασης γενετικών παραγόντων (Σαλπιστής, 2013).

Από μόνοι τους, όμως, οι γενετικοί παράγοντες δεν μπορούν να εξηγήσουν την ύπαρξη τόσων φοβιών στον άνθρωπο. Έτσι, διάφορες φοβικές αντιδράσεις μπορούν να ερμηνευθούν και σύμφωνα με τη θεωρία της μάθησης (π.χ. η ηλεκτρική εκκένωση κατά το άνοιγμα της πόρτας του αυτοκινήτου προκαλεί φόβο και άγχος για την επόμενη φορά που θα επαναληφθεί η ίδια κίνηση). Επιπλέον, ορισμένοι φόβοι μπορούν να υιοθετηθούν διαμέσου της παρατήρησης της συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων (π.χ. όταν ένα μικρό παιδί βλέπει τις αντιδράσεις των γονιών του απέναντι σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή πράγματα), ή διαμέσου διαφόρων «κανόνων» ή προτροπών του τύπου «Μη πηγαίνεις σε χωράφια με υψηλά σπαρτά, μπορεί να υπάρχουν φίδια» ή «Αν δεν κοιμηθείς αμέσως, θα φωνάξω το γύφτο να σε πάρει, το γιατρό να σου κάνει μια ένεση κ.ά.» (Schaffhausen, 2005).

Σύμφωνα με την κλασική ψυχαναλυτική θεωρία, η φοβία είναι «το αποτέλεσμα απωθημένων ενορμήσεων», δηλαδή απαγορευμένων ή ανεπίτρεπτων επιθυμιών, και διαθέσεων, που συνοδεύονται από άγχος λόγω της απαγόρευσης ή της εσωτερίκευσής τους. Αυτή η ενδοψυχική σύγκρουση που δημιουργείται για το συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση, εκφράζεται συσσωρευμένα με την ύπαρξη του φόβου ως μία ενδιάμεση υποσυνείδητη συμβιβαστική «λύση» στον ψυχισμό ορισμένων ατόμων, προκειμένου να μειωθεί η οδυνηρότητα της κατάστασης και να μπορέσει να γίνει αποδεκτή από τα ίδια (Ζαφειροπούλου, 2001). Με άλλα λόγια, το φοβικό αντικείμενο λειτουργεί ως «υποκατάστατο» (συνήθως και συμβολικά ισοδύναμο) του πραγματικού αντικειμένου του φόβου (π.χ. μια έντονα κακοποιημένη από το σύζυγό της γυναίκα εκφράζει έντονη φοβία για οποιοδήποτε αιχμηρό αντικείμενο νομίζοντας πως θα βλάψει το μικρό της γιο, ενώ στην πραγματικότητα η φοβία της ήταν το αποτέλεσμα της ανεπίτρεπτης επιθυμίας να βλάψει το σύζυγό της που την πρόβαλε στο μικρό της γιο λόγω της μεγάλης ομοιότητάς του με τον πατέρα (Σαλπιστής, 2013).

Επίσης, σύμφωνα με τον Φρόιντ ένα μικρό παιδί ηλικίας 5 ετών λόγω μιας τραυματικής εμπειρίας με ένα άλογο που χλιμίντρισε ξαφνικά στο δρόμο δίπλα του, στην υπόλοιπη ζωή του εκδήλωσε μια έντονη φοβία για τα άλογα. Η περίπτωση του «μικρού Χανς», όπως είναι γνωστή, εκφράζει την οιδιποδιακή σύγκρουση που βίωσε το παιδί στην ηλικία αυτή, δηλαδή στην επιθυμία του να έχει την αποκλειστική ενασχόληση της μητέρας του με παράλληλο «αποκλεισμό» του πατέρα από τη σχέση αυτή. Έτσι, το έντονο άγχος αλλά και ενοχή που ένιωθε το μικρό παιδί λόγω της οιδιποδιακής σύγκρουσης μετατοπίστηκαν προς ένα άλλο αντικείμενο, πιο αποδεκτό στη συνείδηση του ατόμου, στην περίπτωση του «μικρού Χανς» στη φοβία για ένα συγκεκριμένο ζώο, το άλογο (Τζελέπη, 2008).

Σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία, οι φοβίες συνδέονται άμεσα με το άγχος, καθώς ορισμένοι άνθρωποι έχουν την τάση να επικεντρώνονται στις αρνητικές πλευρές ενός βιώματος και να θεωρούν δεδομένο ότι θα τους συμβούν ανάλογες αρνητικές καταστάσεις και στο μέλλον. Έτσι, ο κίνδυνος της επανάληψης της τραυματικής αυτής εμπειρίας εξελίσσεται σε μια φοβία (π.χ. μια τραυματική εμπειρία ενός ανθρώπου με σκυλί του προκαλούν μια φοβία για κάθε είδους σκυλί, ενώ κάποια άλλα άτομα με ανάλογες εμπειρίες δεν εμφανίζουν καμία φοβία) (Schacter et al., 2012).

Επίσης, σύμφωνα με τη θεωρία της εξέλιξης ο σύγχρονος άνθρωπος φοβάται ό,τι αποτελούσε φόβο και θανάσιμο κίνδυνο και για τους προϊστορικούς του προγόνους, γεγονός που επιβεβαιώνει και πάλι ότι το ανθρώπινο είδος είναι «προγραμματισμένο» βιολογικά και ψυχολογικά να αντιδρά με φόβο στα ίδια ερεθίσματα, σε όλες τις ιστορικές περιόδους. Έτσι, γίνεται αντιληπτό γιατί ακόμα και σήμερα αντικείμενα φοβικών αντιδράσεων αποτελούν τα ύψη, τα ζώα που κινούνται και ελίσσονται γρήγορα, που εμφανίζονται ξαφνικά, που έχουν περίεργη όψη, το σκοτάδι, η θέα του αίματος κ.ά. και όχι τα αυτοκίνητα, τα κινητά τηλέφωνα, τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, το τσιγάρο, το νέφος και τα όπλα. Τα πρώτα σχετίζονται άμεσα με το ένστικτο της επιβίωσης του ανθρώπου και γι' αυτό η έκθεση του ανθρώπου σε αυτά μία ή δύο φορές προκαλούν άγχος, γεγονός που συμβάλλει στην εκδήλωση φοβικής αντίδρασης. Παρόλο, λοιπόν, που ο σύγχρονος κόσμος περιλαμβάνει αντικείμενα και καταστάσεις πραγματικά επικίνδυνες, ο άνθρωπος δύσκολα θα εκδηλώσει φοβία γι' αυτά, καθώς δεν περιέχουν χαρακτηριστικά άμεσα συνδεδεμένα με την εξασφάλιση της επιβίωσής του (Τζελέπη, 2008).

2.3 Είδη φοβίας

Σύμφωνα με το DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th edition, 2013), οι φοβίες υπάγονται στην ευρύτερη διαγνωστική ομάδα των αγχωδών διαταραχών. Διακρίνονται σε τρεις υποκατηγορίες: την απλή (ή συγκεκριμενοποιημένη) φοβία, την κοινωνική φοβία και την αγοραφοβία (Τζελέπη, 2008):

- Η **απλή φοβία** αναφέρεται σε υπέρμετρο και ανεξέλεγκτο φόβο μιας συγκεκριμένης κατάστασης, αντικειμένου ή ζώου. Σε άμεση έκθεση στο φοβικό αντικείμενο το άτομο εκδηλώνει έντονα συμπτώματα άγχους και αποφεύγει κάθε πιθανή δραστηριότητα που θα τον έφερνε σε επαφή με αυτό. Πολλές φοβίες της κατηγορίας αυτής εκδηλώνονται για πρώτη φορά κατά την παιδική ηλικία και συχνά παρέρχονται με το πέρασ του χρόνου. Εάν η εκδήλωσή τους συνεχισθεί και κατά την περίοδο ενηλικίωσης του ατόμου, τα συμπτώματα συχνά μεγεθύνονται και δυσκολεύουν σημαντικά την καθημερινότητά του.
- Η **κοινωνική φοβία** (κοινωνικό άγχος) αφορά έντονο άγχος και φόβο έκθεσης σε καθημερινές κοινωνικές συναναστροφές. Ο πάσχων φοβάται ότι οι άλλοι τον παρατηρούν και τον κριτικάρουν, νιώθει έντονη αμηχανία και φόβο ότι θα εξευτελιστεί δημόσια, και αποφεύγει οποιαδήποτε σχετική δραστηριότητα. Υπό αυτό το πλαίσιο η κοινωνική φοβία επιφέρει σοβαρές επιπλοκές στην καθημερινή ζωή του ατόμου, στις κοινωνικές του συνδιαλλαγές, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας του εάν εκτίθεται καθημερινά σε κόσμο. Σε ορισμένες περιπτώσεις κοινωνικής φοβίας εκδηλώνεται φοβική αντίδραση σε μία ή δύο συγκεκριμένες περιστάσεις, όπως, για παράδειγμα, σε ομιλίες σε ευρύ κοινό ή

σε κοινωνική συνεύρεση δείπνου ή άλλης ψυχαγωγίας. Σε πιο ακραίες μορφές αφορά οποιαδήποτε κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου, περιορίζοντας εξαιρετικά την καθημερινότητά του, δυσχεραίνοντας τις προσωπικές του σχέσεις και καταλήγοντας, συχνά, σε αποκλειστικά μοναχικές δραστηριότητες, μέσα στο σπίτι. Η κοινωνική φοβία ξεκινά συχνά από την εκδήλωση ντροπαλότητας κατά την παιδική ηλικία, λαμβάνοντας κατά την εφηβεία -που διαμορφώνεται και η ευρύτερη κοινωνική ζωή του ατόμου- ευρύτερες διαστάσεις. Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η κοινωνική φοβία δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη διαφοροποίηση στη συχνότητα εκδήλωσης σε σχέση με το φύλο.

- Η **αγοραφοβία** αφορά εκδήλωση υπέρμετρου άγχους κατά την παραμονή του ατόμου σε μέρη όπου η διαφυγή θεωρείται δύσκολη ή, σε περίπτωση κρίσης πανικού, η παροχή βοήθειας από τρίτους μη διαθέσιμη. Ετυμολογικά ο όρος προέρχεται από την ελληνική λέξη «αγορά», υποδηλώνοντας το φόβο παραμονής του ατόμου σε χώρους έξω από το σπίτι ή μακριά από ένα «ασφαλές» μέρος. Τα συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν κατά την παρουσία του σε πλήθος κόσμου, κατά την αναμονή σε ουρά, σε ταξίδι με τραίνο ή αυτοκίνητο ή κατά το πέρασμα από γέφυρα ή άλλη «επικίνδυνη» τοποθεσία. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα της αγοραφοβίας αρχίζουν να εκδηλώνονται μετά από ένα στάδιο επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού (ξαφνικών και απρόβλεπτων κρίσεων άγχους, στις οποίες εκδηλώνονται έντονα σωματικά συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία, δύσπνοια, ζάλη, εξάψεις και εφίδρωση, αίσθημα αστάθειας, αίσθημα βάρους στο στήθος, μούδιασμα σε όλο το σώμα, ναυτία και στομαχική διαταραχή, τρέμουλο, μυϊκή τάση και σφίξιμο, τάση λιποθυμίας), οπότε το άτομο αρχίζει να περιορίζει τις δραστηριότητές του, την έξοδό του από το σπίτι καθώς και οποιαδήποτε κατάσταση θα μπορούσε να του επιφέρει μια νέα κρίση πανικού. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αποφεύγονται δραστικά τα ταξίδια, οι μετακινήσεις και γενικότερα η κυκλοφορία έξω από το σπίτι χωρίς κάποιον συνοδό που θα ήταν σε θέση να παράσχει άμεση βοήθεια. Και σε αυτή την περίπτωση το άτομο καταλήγει πολλές φορές να μην βγαίνει καθόλου από το σπίτι και να νιώθει ασφαλής μόνο κατά την παραμονή του σε αυτό. Παράλληλα, η κοινωνική και οικογενειακή ζωή του επικεντρώνεται στο πρόβλημα της φοβίας επιφέροντας δυσκολίες και στο άμεσο συγγενικό και οικείο περιβάλλον (εκνευρισμό, άγχος, προστριβές, διάρρηξη σχέσεων). Η αγοραφοβία συναντάται σε υψηλότερο ποσοστό στις γυναίκες και εκδηλώνεται συνήθως για πρώτη φορά κατά την περίοδο της εφηβείας και πριν την ηλικία των 35 ετών.

Από τις παραπάνω κατηγορίες φοβιών, η αγοραφοβία θεωρείται η πιο σημαντική, καθώς δυσχεραίνει σημαντικά πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής του ανθρώπου. Από την άλλη πλευρά, οι απλές φοβίες είναι λιγότερο δυσμενείς, διότι το άτομο μπορεί πιο εύκολα να συγκεκριμενοποιήσει το αντικείμενο που το φοβίζει και να εκφράσει τι ακριβώς προξενεί τον φόβο του, ώστε να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του για να απαλλαγεί από τη φοβία του. Εξάλλου, πολλές φορές συμβαίνει ένα άτομο να βιώνει ταυτόχρονα πολλές απλές φοβίες, χωρίς, ωστόσο, να αντιμετωπίζει ιδιαίτερες δυσχέρειες στην καθημερινή του ζωή. Μάλιστα, ένα ποσοστό αυτών των περιπτώσεων ενδέχεται να ξεπεράσει τη φοβία του για ένα αντικείμενο χωρίς να χρειαστεί να ακολουθήσει κάποια συγκεκριμένη θεραπεία.

2.4 Συμπτώματα και Τρόποι αντιμετώπισης φοβιών

Τα συμπτώματα των φοβιών είναι εξαιρετικά δυσάρεστα και επώδυνα για το άτομο, καθώς στο άτομο κυριαρχεί η τάση φυγής όπως ακριβώς συμβαίνει με τις κρίσεις πανικού. Παράλληλα, ακολουθούν και άλλα συμπτώματα, τα οποία ξεπερνούν τα όρια μιας απλής αντίδρασης φόβου, όπως (Τζελέπη, 2008):

- αίσθημα τρόμου για το συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση
- αυτόματες, μη ελεγχόμενες σκέψεις που αναλώνουν τις διανοητικές και σωματικές λειτουργίες του ατόμου
- συμπτώματα άγχους: εφίδρωση, τρεμούλα, ρίγη ή ξαφνικά αισθήματα ζέστης, ναυτία, ταχυπαλμία, ανησυχία, εκνευρισμός, αίσθημα πανικού
- αίσθηση «μη πραγματικότητας» (αποπραματοποίηση) ή αίσθηση απομάκρυνσης/ αποστασιοποίησης από τον εαυτό (αποπροσωποποίηση)
- φόβος απώλειας ελέγχου ή τρέλας
- φόβος θανάτου
- παραισθησίες (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα)
- αρνητικές/ «καταστροφικές» σκέψεις

Σε περίπτωση που τα παραπάνω συμπτώματα εκδηλώνονται παρατεταμένα προκαλούν επιπλέον προβλήματα, όπως:

- Οργανικής υγείας: ο έντονος φόβος και το άγχος μπορεί να επιβαρύνουν την κατάσταση υγείας του ατόμου. Παρατηρείται αύξηση της πίεσης του αίματος, εκδήλωση άσθματος ή άλλων σωματικών ενοχλήσεων, πόνοι στο στήθος, διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος κ.ά.
- Κατάθλιψη: η συνεχής αποφυγή κοινωνικών ή επαγγελματικών δραστηριοτήτων τις οποίες οι άλλοι άνθρωποι συνήθως απολαμβάνουν οδηγεί σταδιακά σε αίσθημα αυτολύπησης, απελπισίας και, τελικά, κατάθλιψης.
- Εμμονές και ψυχαναγκαστική συμπεριφορά: κατά την προσπάθεια αποφυγής του φοβικού αντικείμενου καλλιεργούνται και διαιώνονται διάφορες ψυχαναγκαστικές πράξεις και τελετουργικές διαδικασίες. Για παράδειγμα, το άτομο ακολουθεί ένα συγκεκριμένο δρομολόγιο από το σπίτι προς την εργασία του προκειμένου να αποφύγει την επαφή με το αντικείμενο του φόβου, ή, σε άλλες περιπτώσεις, εφαρμόζει μια συγκεκριμένη τελετουργική διαδικασία όταν πρόκειται να ταξιδέψει ή να παρευρεθεί σε μια σημαντική κοινωνική εκδήλωση.
- Κατάχρηση ουσιών: συχνά παρατηρείται η καταφυγή σε χρήση ουσιών, όπως το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά, φτάνοντας σε εθισμό και εξάρτηση.

Καθώς οι φοβίες ενδέχεται να εκδηλώνονται παράλληλα με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, κρίνεται απαραίτητη η προσεκτική κλινική εκτίμηση αλλά και η επακριβής διαφορική διάγνωση της εκάστοτε συμπτωματολογίας προκειμένου να προταθεί και η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η διάγνωση των φοβιών γίνεται με βάση συγκεκριμένα κριτήρια, καθώς το άτομο οφείλει να συνειδητοποιήσει ότι υπερβάλλει και ότι αντιμετωπίζει το φοβικό αντικείμενο με έντονο άγχος ή με παντελή αποφυγή του. Ειδικότερα, στα παιδιά, για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση, η φοβία θα πρέπει να υπάρχει για τουλάχιστον 6 μήνες.

Σύμφωνα με τον Σαλπιστή (2013), οι φοβίες αντιμετωπίζονται κυρίως με κάποιου είδους ψυχοθεραπεία:

- Στη γνωστική θεραπεία, δίνεται έμφαση στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και αντίληψης του ασθενούς για τη συγκεκριμένη κατάσταση που του προκαλεί τη φοβία, προκειμένου να αποφευχθούν οι αρνητικές σκέψεις σε μια πιθανή μελλοντική έκθεση του φοβικού αντικειμένου ή κατάστασης.
- Στην ψυχοθεραπεία έκθεσης, γίνεται μια προσεκτική προσπάθεια εξάσκησης στην έκθεση του ατόμου σε καταστάσεις που προκαλούν έντονη δυσφορία και άγχος, με σκοπό την εξοικείωση του πάσχοντος με το αντικείμενο ή την κατάσταση που του προκαλεί τη φοβική αντίδραση.

Ειδικότερα, στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να συνειδητοποιήσει τα αίτια της φοβίας του και να δώσει μια λογική αιτιολόγηση σε αυτά που αισθάνεται. Ακολουθεί η φάση της εξοικείωσης με την πραγματική κατάσταση, όπου ο ασθενής σταδιακά έρχεται σε επαφή με εικόνες της κατάστασης ή του πράγματος που του προκαλεί τη φοβία. Στη συνέχεια, η εμπειρία μπορεί να γίνει πιο έντονη με στοιχεία πιο κοντά στην πραγματική κατάσταση που θα βρεθεί αντιμέτωπος ο ασθενής. Για παράδειγμα, στην περίπτωση μιας φοβίας για τις αράχνες, η έκθεση μπορεί να αρχίσει με συζητήσεις για τις αράχνες που σταδιακά να καταλήξει στο να κρατήσει το άτομο μια ψεύτικη και, κατόπιν, ακόμα και μια αληθινή αράχνη στο χέρι του.

Η αντιμετώπιση των φοβιών με αντικαταθλιπτικά ή αγχολυτικά χάπια θεωρείται ορθή μόνο στην περίπτωση που το άτομο έχει ταυτόχρονα και κατάθλιψη, καθώς οι φοβικές αντιδράσεις επανεμφανίζονται μετά τη διακοπή της αντικαταθλιπτικής αγωγής. Ακόμη, θα πρέπει να χορηγούνται για περιορισμένο χρόνο, αφού υπάρχει ο κίνδυνος, ο ασθενής να νιώθει ότι μόνο με τη βοήθεια των φαρμάκων μπορεί να αντεπεξέλθει στη μία ή περισσότερες φοβίες του.

Γι' αυτό το λόγο, ως θεραπεία των φοβιών ενδείκνυνται οι τεχνικές των Συμπεριφοριστικών Ψυχολογικών Παρεμβάσεων. Με αυτού του είδους τις τεχνικές, το άτομο μαθαίνει πώς του δημιουργήθηκε η φοβία, γιατί παραμένει και πώς μπορεί να απαλλαγεί από αυτή. Ο ψυχολόγος τον καθοδηγεί στη θεραπεία δείχνοντάς του ο ίδιος τι χρειάζεται να κάνει., ενώ συνήθως, διαρκεί από 1-10 συνεδρίες ανάλογα το είδος της φοβίας και της συνεργασίας του γιατρού με τον ασθενή. Ο ασθενής αντιμετωπίζοντας τη φοβία του τονώνει την αυτοπεποίθησή του και τα αποτελέσματα της απαλλαγής του από τη φοβία αντικατοπτρίζονται σε πολλές πτυχές της ζωής του (Saul, 2001).

Τέλος, αρκετοί άνθρωποι επιλέγουν να αντιμετωπίσουν την ή τις φοβίες τους μόνοι τους, λειτουργώντας με αποφασιστικότητα και επιμονή, λαμβάνοντας κουράγιο από το περιβάλλον τους και επιδεικνύοντας το απαιτούμενο ενδιαφέρον για να αναλύσουν όσα σχετίζονται με το εκάστοτε φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση. Με μικρά συχνά βήματα, με την επιμονή και τη συνέχεια στην προσπάθεια καταφέρνουν σταδιακά να ελέγξουν αποτελεσματικά τη φοβία τους².

² <https://psychopedia.gr/typi-fovion-ke-tropi-antimetopisis-2/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΚΙΝΗΣΙΟΦΟΒΙΑ

3.1 Ορισμός κινησιοφοβίας

Η κινησιοφοβία είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται στο πλαίσιο της ιατρικής αποκατάστασης και της φυσικής θεραπείας για να περιγράψει τον φόβο των ανθρώπων από τον πόνο λόγω της κίνησης, έναν παράγοντα που εμποδίζει την αποκατάσταση και στην πραγματικότητα, παρατείνει την αναπηρία και την επίπονη κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Ο φόβος της κίνησης, όπως αλλιώς αποκαλείται αυτή η πάθηση, είναι πιθανό να είναι ένας βασικός παράγοντας ώστε ο ασθενής να αργήσει να επιστρέψει στη συμμετοχή του σε δραστηριότητες προ-τραυματισμού (Houben et al., 2005).

Η κινησιοφοβία εισήχθη από τους Miller, Kori και Todd το 1990 στην 9η Ετήσια Επιστημονική Συνάντηση της Αμερικανικής Εταιρείας Πόνου και αναφέρεται στον παράλογο φόβο της κίνησης, καθώς το άτομο έχει την πεποίθηση ότι μέσω της μείωσης της φυσικής του δραστηριότητας δεν επιδεινώνει τα συμπτώματα του πόνου. Είναι ένας παράγοντας που εμποδίζει την αποκατάσταση και στην πραγματικότητα παρατείνει την αναπηρία και την επίπονη κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο (Roelofs et al., 2007).

Σαν συνέπεια του παραπάνω γεγονότος, οι ασθενείς ενδέχεται να επιδεικνύουν δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις σε ένα μεγάλο αριθμό ερεθισμάτων και να μειώσουν τη συχνότητα εκτέλεσης πολλών δραστηριοτήτων εκτός εκείνων που αρχικά μείωσαν τον πόνο, διαδικασία που αναφέρεται ως γενίκευση ερεθισμάτων (stimulus generalization) (Furini, Myskiw, & Izquierdo, 2014). Ακόμη, το άγχος λειτουργεί ως παράγοντας που σχετίζεται με την κίνηση και μπορεί να αποτελέσει ένα εξαρτημένο ερέθισμα για την εμφάνιση μυϊκής τάσης (εξαρτημένη αντίδραση - conditioned response) και μπορεί να διατηρηθεί ακόμα και όταν το αρχικό μη εξαρτημένο ερέθισμα (π.χ. τραυματισμός) και η επακόλουθη αντίδραση (πόνος και μυϊκή τάση) έχουν υποχωρήσει. Έτσι, δημιουργείται ο φόβος των ανθρώπων από τον πόνο που έχει προκληθεί λόγω της κίνησης και τους επιτρέπει να παρατείνουν την αποχή της συμμετοχής του σε καθημερινές δραστηριότητες (Kori et al., 1990).

3.2 Παράγοντες που προκαλούν κινησιοφοβία

Υπάρχουν πολλοί καθοριστικοί παράγοντες, οι οποίοι ενδέχεται να επηρεάσουν την κινητική δραστηριότητα του ανθρώπου. Μερικοί από αυτούς τους είναι οι βιολογικοί, οι ψυχολογικοί, οι γνωστικοί, οι συναισθηματικοί, οι κοινωνικοί και οι πολιτισμικοί παράγοντες. Σημαντικό ρόλο, επίσης, στην διατήρηση μιας ομαλής κινητικής δραστηριότητας λαμβάνει και η κοινωνική υποστήριξη, η οποία με τον δικό της τρόπο συμβάλει και αυτή δυναμικά (Matillas, 2010). Ταυτόχρονα, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σε συνδυασμό με την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης, δεν μπορούν να μην συμπεριληφθούν σε αυτούς (Zhang & Middlestadt, 2007).

Η μεγάλη μεταβλητότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της κινητικής δραστηριότητα, ωθούν στη δημιουργία ενός απλουστευμένου θεωρητικού μοντέλου που εξηγεί τους λόγους της έναρξης της κινητικής δραστηριότητας. Πιο συγκεκριμένα, ένα ευρύ φάσμα κινήτρων και περιορισμών μειώνεται και διαχωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες. Αρχικά, η Βιολογική, η οποία περιλαμβάνει δομικά, ενστικτώδη, μορφολογικά και ενεργητικά

στοιχεία και η Ψυχοκοινωνική, η οποία περιλαμβάνει τον πολιτισμό, την προσωπικότητα, και τα συναισθήματα. Άξιο είναι να αναφερθεί πως το όριο ανάμεσα στις δύο κατηγορίες είναι κάπως θολό και συχνά ο πιο σημαντικός παράγοντας περιορισμού της κίνησης, είναι ο φόβος της κίνησης (Zhang & Middlestadt, 2007).

Αναλυτικότερα, όλες οι συμπεριφορές φόβου έχουν τις ρίζες τους σε αβίαστα αισθήματα ασφάλειας. Πιο συγκεκριμένα, στη περίπτωση ενός ασθενή με κινησιοφοβία, ενδέχεται να κάνουν την εμφάνισή τους διάφοροι αμυντικοί μηχανισμοί για παράδειγμα: η καταστολή (απομάκρυνση από την συνείδηση), η άρνηση (ότι δεν υπάρχει ανάγκη για κίνηση), η προσομοίωση και πιο συχνά απ' όλα ο εξορθολογισμός. Τα τυπικά ψυχοσωματικά συμπτώματα εμφανίζονται πιο σπάνια, ιδίως στην περίπτωση που ο ασθενής αναγκάζεται να αυξήσει την δραστηριότητά του. Λαμβάνοντας υπ' όψιν, όλα τα παραπάνω η ανάγκη για σωστή διάγνωση των αιτιών και της έντασης της κινησιοφοβίας είναι εμφανής, καθοριστική και απαραίτητη (Houben et al., 2005).

Έτσι, τα αίτια στα οποία υπάρχει ενδεχόμενο να οφείλεται η κινησιοφοβία διαχωρίζονται σε δύο επίπεδα. Το ψυχολογικό και το βιολογικό. Ο βιολογικός τομέας περιλαμβάνει τις ακόλουθες αιτίες της κινησιοφοβίας (Roelofs et al., 2007):

- Μορφολογία
- Δυνατότητα των βιολογικών κινήσεων
- Ατομική ανάγκη για διέγερση
- Energetic substrates

Ο ψυχολογικός τομέας περιλαμβάνει:

- Αυτό-αποδοχή
- Κατάσταση του μυαλού
- Ευαισθησία στη κοινωνική επιρροή
- Αυτό-αξιολόγηση των προδιαγραφών των κινήτρων

Αυτός ο διαχωρισμός μας δίνει την δυνατότητα για την διάγνωση των μεμονωμένων αιτιών της κινησιοφοβίας και της έντασής της, και στους δύο τομείς ξεχωριστά αλλά και στην συνολική εκτίμησή της.

3.3 Εκτίμηση κινησιοφοβίας

Όσον αφορά, την διάγνωση της κινησιοφοβίας οι παρακάτω συγγραφείς προτείνουν ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο κατά κύριο λόγο απευθύνεται σε ενήλικες, σε ασθενείς με χρόνια ή οξεία οσφυαλγία καθώς και σε ασθενείς με πόνο στον αυχένα ή σε άτομα που πάσχουν από μετατραυματικές μυοσκελετικές παθήσεις. Το ερωτηματολόγιο αυτό ή αλλιώς όπως ονομάζεται «κλίμακα Tampa» αποτελεί ένα ψυχομετρικό, κλινικά προσανατολισμένο εργαλείο που έχει σχέση με την διάγνωση, την πρόγνωση και την παρακολούθηση (Roelofs et al., 2007, Woby et al., 2005, Houben et al., 2005). Το φαινόμενο της κινησιοφοβίας εύλογα λοιπόν θα μπορούσαμε να αναφέρουμε πως έχει ένα ευρύτερο φάσμα επιρροής και δεν επεξηγείται πλήρως ως απλός φόβος για τον πόνο. Μπορεί να εμφανιστεί ως ο φόβος που κατακλύζει το άτομο για φυσιολογικά συμπτώματα κόπωσης, εξάντλησης ή ακόμα πιο ολοκληρωμένα, θα λέγαμε φόβο σωματικής ή πνευματικής δυσφορίας.

3.3.1 Κλίμακα TAMPA

Η Κλίμακα Τάμπα για Κινησιοφόβια (TSK) είναι ένα ερωτηματολόγιο 17 στοιχείων που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της υποκειμενικής βαθμολογίας της κινησιοφοβίας (Lundberg, Styf & Carlsson, 2004· Lundberg, Styf & Jansson, 2005). Το αρχικό ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε για να «διακρίνει μεταξύ του μη υπερβολικού φόβου και της φοβίας μεταξύ των ασθενών με χρόνια μυοσκελετικό πόνο» (Lundberg, Styf & Jansson, 2005). Αρκετές μελέτες έχουν βρει ότι η κλίμακα είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο ψυχομετρικό μέτρο (Bunkentorp, Carlsson, Kowalski, Stener-Victorin, 2005). Αρχικά χρησιμοποιήθηκε για να μετρηθεί ο φόβος της κίνησης που σχετίζεται με χρόνια πόνο χαμηλής οσφυϊκής χώρας, ενώ πλέον χρησιμοποιείται για τον πόνο που σχετίζεται με διάφορα μέρη του σώματος, συμπεριλαμβανομένης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Το TSK είναι ένα αυτοτελές ερωτηματολόγιο και το εύρος των βαθμολογιών κυμαίνεται από 17 έως 68, όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν έναν αυξανόμενο βαθμό Κινησιοφοβίας (Pool et al., 2009).

Στη συνέχεια, οι Γεωργούδης και οι συνεργάτες (2004) εξέδωσαν στην ελληνική γλώσσα την το TSK. Το δείγμα της έρευνάς τους αποτέλεσαν 36 άτομα (28 γυναίκες, 8 άνδρες) με χρόνια οσφυαλγία περισσότερο των τριών μηνών. Στους ασθενείς χορηγήθηκε ένα γενικό ερωτηματολόγιο προκειμένου να καταγράψουν τα επιδημιολογικά και δημογραφικά στοιχεία τους (Beaton et al., 1998). Οι ερευνητές έλεγξαν την εγκυρότητα του εργαλείου τους σε σχέση με άλλα εργαλεία αξιολόγησης του πόνου και του φόβου της κίνησης, όπως το Hospital Anxiety & Depression Scale- HAD-a, HAD-d, το Fear- Avoidance Beliefs Questionnaire- FABQ- Work & FABQ_ Physical., την Visual Analog Scale- VAS, και το Present Pain Index- PPI. Η σταθμισμένη στην ελληνική γλώσσα έκδοση του TSK-GR αποτελεί ένα αξιόπιστο αξιολογητικό εργαλείο, με εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία που είναι σε θέση να μετρήσει την αντίληψη των ασθενών για το φόβο του επανατραυματισμού εξαιτίας της φυσικής δραστηριότητας.

Πίνακας 1: Tampa Scale for Kinesiophobia (Kori, Miller & Todd, 1990).

- 1 = strongly disagree
- 2 = disagree
- 3 = agree
- 4 = strongly agree

1. I'm afraid that I might injury myself if I exercise	1	2	3	4
2. If I were to try to overcome it, my pain would increase	1	2	3	4
3. My body is telling me I have something dangerously wrong	1	2	3	4
4. My pain would probably be relieved if I were to exercise	1	2	3	4

5. People aren't taking my medical condition seriously enough	1	2	3	4
6. My accident has put my body at risk for the rest of my life	1	2	3	4
7. Pain always means I have injured my body	1	2	3	4
8. Just because something aggravates my pain does not mean it is dangerous	1	2	3	4
9. I am afraid that I might injure myself accidentally	1	2	3	4
10. Simply being careful that I do not make any unnecessary movements is the safest thing I can do to prevent my pain from worsening	1	2	3	4
11. I wouldn't have this much pain if there weren't something potentially dangerous going on in my body	1	2	3	4
12. Although my condition is painful, I would be better off if I were physically active	1	2	3	4
13. Pain lets me know when to stop exercising so that I don't injure myself	1	2	3	4
14. It's really not safe for a person with a condition like mine to be physically active	1	2	3	4
15. I can't do all the things normal people do because it's too easy for me to get injured	1	2	3	4
16. Even though something is causing me a lot of pain, I don't think it's actually dangerous	1	2	3	4
17. No one should have to exercise when he/she is in pain	1	2	3	4

3.3.2 Εφαρμογές της Κλίμακας TAMPA

TSK και πόνος στον αυχένα

Το TSK χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τους Buitenhuis, Jaspers και Fidler σε ασθενείς με πόνο στον αυχένα μετά από αυτοκινητιστικό ατύχημα και τα αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν το 2006. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η «πρόβλεψη της πρώιμης Κινησιοφοβίας στη διάρκεια των συμπτωμάτων του αυχένα μετά από ατύχημα με αυτοκίνητο». Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την ολλανδική έκδοση του TSK (TSK-DV) και απέστειλαν 889 ερωτηματολόγια σε ασθενείς που υπέφεραν από πόνους του αυχένα εξαιτίας ατυχημάτων αφού επικοινωνήσε μαζί τους μέσω ολλανδικής ασφαλιστικής εταιρείας. Τελικά, συμπληρώθηκαν 367 ερωτηματολόγια, ενώ η υψηλότερη βαθμολογία στο TSK-DV συσχετίστηκε με μεγαλύτερη διάρκεια συμπτωμάτων του αυχένα. Σημειώθηκε, επίσης, ότι υπήρχε σχέση μεταξύ της βαθμολογίας του TSK και της έντασης των συμπτωμάτων καθώς και της δυσκολίας συγκέντρωσης και έναρξης ύπνου. Παρόλο που οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι διευκρινίστηκε στην επιστολή πρόσκλησης προς τη μελέτη ότι η ανάμειξη θα ήταν ανεξάρτητη από την αποζημίωση από τον ασφαλιστή, δεν μπορεί κανείς να είναι σίγουρος ότι δεν υπήρχε στις απαντήσεις υπερβολή των συμπτωμάτων (Buitenhuis, Jaspers & Fidler, 2006).

Το 2007, οι Feleus, van Dalen, Bierma-Zeinstra, Bernsen, Verhaar, Koes και Miedema χρησιμοποίησαν την κλίμακα TAMPA για να περιγράψουν τον βαθμό της κινησιοφοβίας σε ασθενείς με τραυματικές καταγγελίες πόνου του χεριού, του αυχένα και του ώμου. Η μελέτη χρησιμοποίησε την ολλανδική έκδοση 13 TSK (TSK-AV). Στόχος ήταν να «προσδιοριστεί εάν οι μέσες βαθμολογίες της κινησιοφοβίας μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου» σε εκείνους τους ασθενείς που δεν παρακολουθούνταν. Επιπρόσθετα, επιδίωξαν να αξιολογήσουν μεταβλητές συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας, του φύλου, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της εργασίας, της αθλητικής συμμετοχής, τη σοβαρότητα της δήλωσης, καθώς και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά και τη συσχέτισή τους με την κινησιοφοβία. Η μελέτη αξιολόγησε 36 ασθενείς με ένα νέο παράπονο πόνου ή επεισόδιο του αυχένα, του άνω άκρου, του ώμου, του άνω βραχίονα, του αγκώνα, του αντιβραχίου, του καρπού ή του πόνου στα χέρια ηλικίας 18 έως 64 ετών. Οι ασθενείς ολοκλήρωσαν ένα αρχικό ερωτηματολόγιο και έπειτα το συμπλήρωσαν ξανά στους 6 και 12 μήνες παρακολούθησής τους. Διαπιστώθηκε ότι ο βαθμός της κινησιοφοβίας παρέμεινε αμετάβλητος σε ασθενείς που δεν παρακολουθούνταν κατά τη διάρκεια των 12 μηνών. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν σχέσεις μεταξύ των βασικών αποτελεσμάτων της Κινησιοφοβίας και της αναπηρίας και των άλλων σκελετικών παθήσεων. Ωστόσο, παρέμεινε ασαφές αν η προέλευση της Κινησιοφοβίας είχε τις ρίζες της στις άλλες παθήσεις, όπως πόνος στην πλάτη (συνοσηρότητα) ή σε προηγούμενες κακές εμπειρίες. Επιπλέον, η μελέτη δεν περιοριζόταν μόνο στους ασθενείς με πόνο στο αυχένα αλλά συμπεριλάμβανε και ασθενείς με παράπονα πόνου στο βραχίονα και στους ώμους. Αυτό θα μπορούσε να διαψεύσει τις σχέσεις μεταξύ Κινησιοφοβίας και πόνου στον αυχένα, καθώς οι ασθενείς συχνά δυσκολεύονται να διαχωρίσουν αυτούς τους τύπους συμπτωμάτων και τα αποτελέσματά τους (Feleus et al., 2007).

Για το λόγο αυτό, οι Vangronsveld, Peters, Goossens, Linton και Vlaeyen δημοσίευσαν μια επίσημη ανασκόπηση το 2007 με τίτλο «Εφαρμογή του μοντέλου

αποφυγής φόβου στο σύνδρομο χρόνιας κρούσης». Αυτή η ανασκόπηση προσπάθησε να εξετάσει αν το μοντέλο αποφυγής φόβου μπορεί να εφαρμοστεί σε χρόνιο σύνδρομο αυχενικού. Το συμπέρασμα ήταν ότι το μοντέλο αποφυγής του φόβου «μπορεί να προσφέρει ένα νέο πλαίσιο για να εξηγήσει τη μετάβαση από την οξεία βλάβη του βραχιονίου στο χρόνιο σύνδρομο αυχενικού». Από τη συγκεκριμένη ανασκόπηση προτάθηκε ότι οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να περιλαμβάνουν πολλαπλές μετρήσεις των αποτελεσμάτων, καθώς οι ασθενείς που υποφέρουν από οξύ αυχενικό εμφανίζουν όχι μόνο κίνδυνο ανάπτυξης υψηλών επιπέδων πόνου και αναπηρίας, αλλά και διαταραχών της διάθεσης και διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ακόμη, διατυπώθηκαν προτάσεις για μελλοντική έρευνα που θα προσδιορίζουν εάν τα υψηλά επίπεδα καταστροφής μετά από τραυματισμό του αυχένα προκαλούν περισσότερες καταγγελίες πόνου στην τελική παρακολούθηση, καθώς και τη μελέτη άλλων πιθανών προγνωστικών παραγόντων (π.χ. άγχος και συμπτώματα οξείας τραυματικής πίεσης) (Vangronsveld et al., 2007).

Οι Pool, Hiralal., Ostelo, van der Veer, Vlaeyen, Bouter και de Vet δημοσίευσαν μια μελέτη σχετικά με την «εφαρμογή της κλίμακας Tampa σε ασθενείς με υποτονικό πόνο στον αυχένα» το 2009. Αυτή η μελέτη επεδίωκε την «ποιοτική αξιολόγηση για να μετρηθεί ο φόβος της κίνησης των ασθενών που πάσχουν από οσφυαλγία. Προσπάθησε να ανακαλύψει προβλήματα που μπορεί να έχουν ασθενείς με υποτονικό πόνο στον αυχένα κατά τη συμπλήρωση του TSK. Δεκατρείς ασθενείς (7 γυναίκες και 6 άντρες) ηλικίας 18 έως 70 αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας τη Συνέντευξη Δοκιμών Τριών Βημάτων (TSTI), η οποία στοχεύει στον εντοπισμό των προβλημάτων σε σχέση με τα ερωτηματολόγια που διενεργούνται αυτομάτως. Αναφέρθηκε ότι εντοπίστηκαν δύο προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης και της σημασίας συγκεκριμένων λέξεων όπως «επικίνδυνων» και «τραυματισμών» καθώς και ότι οι ανακριβείς υποθέσεις σε ορισμένα σημεία του ερωτηματολογίου καθιστούν δύσκολη τη συμπλήρωση για ορισμένους ερωτηθέντες. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι «στην ανάπτυξη και την επικύρωση ερωτηματολογίων όπως το TSK δεν είναι μόνο οι ποιοτικές ψυχομετρικές ιδιότητες σημαντικές, αλλά και η ποιοτική έρευνα έχει σημαντική συμβολή για την ενίσχυση της εφαρμοσιμότητας του». Ωστόσο, κάποιοι συμμετέχοντες απάντησαν γρήγορα, ενώ άλλοι το έκαναν αρκετά αργά, χωρίς όμως να αναφερθεί εάν κάποιο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό των συμμετεχόντων (ηλικία, φύλο) σχετίζεται με αυτό (Pool et al., 2009).

TSK, Πόνος στον αυχένα και αναπηρία

Το 2004, οι Nederhand, IJzerman, Hermens, Turk και Zilvold προσπάθησαν να προσδιορίσουν την «Προγνωστική αξία του φόβου - Αποφυγή στην ανάπτυξη χρόνιας αναπηρίας πόνου στο αυχένα». Οι ερευνητές προσπάθησαν να αξιολογήσουν τους ασθενείς μια εβδομάδα μετά το τραύμα και 24 εβδομάδες μετά το τραύμα, με σκοπό τη βελτίωση της λήψης κλινικών αποφάσεων σε ασθενείς με μετατραυματικό πόνο στον αυχένα και τη διερεύνηση της αποφυγής του φόβου κατά την πρόβλεψη της αναπηρίας του πόνου στον αυχένα. Διαπιστώθηκε ότι χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό βασικών βαθμολογιών NDI και TSK ήταν δυνατή η πρόβλεψη της χρόνιας αναπηρίας. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η «βαθμολόγηση της αναπηρίας του πόνου του αυχένα μέσα σε μια εβδομάδα μετά το τραύμα σε συνδυασμό με μια δοκιμασία για τον φόβο κίνησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προβλέψει μελλοντικά αποτελέσματα».10 Αυτό το εύρημα είναι αντίθετο με προηγούμενες μελέτες του 2006 που συζητήθηκαν παραπάνω. Ωστόσο, αυτή η

μελέτη απέκλεισε ασθενείς με πόνο σε άλλα νευρολογικά σημεία αλλά εστίασε μόνο στον πόνο της κεφαλής και του αυχένα. Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης περιλαμβάνουν τη μέθοδο της δειγματοληψίας (ασθενείς που γίνονται δεκτοί στο τμήμα έκτακτης ανάγκης ενός νοσοκομείου) και το γεγονός ότι η μελέτη διεξήχθη σε μια γνωστή εγκατάσταση αποκατάστασης και έρευνας. Αυτά τα χαρακτηριστικά ενδέχεται να προσδίδουν μεγέθυνση των συμπτωμάτων και / ή να έχουν τάση προς την επιλογή της μεροληψίας εκείνων που είναι πιο επιρρεπείς σε μεγέθυνση των συμπτωμάτων (Nederhand et al., 2004).

Οι Bunketorp, Lindh, Carlsson και Stener-Victorin χρησιμοποίησαν για πρώτη φορά το 2005 τα αποτελέσματα της τυχαίας ελεγχόμενης δοκιμασίας χρησιμοποιώντας 40 άτομα. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί εάν ένα προσαρμοσμένο και εποπτευόμενο πρόγραμμα φυσικής κατάρτισης είχε μεγαλύτερη επιρροή στην αυτό-αποτελεσματικότητα του φόβου της κίνησης σε σχέση με την επανόρθωση από ένα αυτοδιαχειριζόμενο πρόγραμμα άσκησης στο σπίτι. Η μελέτη χρησιμοποίησε την Κλίμακα Αυτο-Αποδοτικότητας και το TSK ως πρωτογενή μέτρα και τον Δείκτη Αναπηρίας Πόνου ως δευτερεύον μέτρο. Αναφέρθηκε ότι η εποπτευόμενη εκπαίδευση ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική από το πρόγραμμα εκπαίδευσης στο σπίτι «με μια ταχύτερη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και του φόβου της κίνησης σε τρεις μήνες και ότι τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν εν μέρει σε εννέα μήνες». Η βελτίωση της κινησιοφίβιας, της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αναλγητικής χρήσης παρατηρήθηκε ότι είναι πιο σημαντική στην ομάδα που έλαβε ένα εξατομικευμένο επιτηρούμενο πρόγραμμα άσκησης σε σύγκριση με την ομάδα άσκησης στο σπίτι. Ωστόσο, καθώς χρησιμοποιήθηκαν πέντε διαφορετικοί φυσιοθεραπευτές για την παροχή θεραπείας και η ομάδα που έλαβε εξειδικευμένη θεραπεία είχε διαφορετικά προγράμματα, δεν είναι σαφές εάν κάθε ασθενής στην εποπτευόμενη εκπαιδευτική ομάδα είχε εφοδιασθεί με εξίσου αποτελεσματικά προγράμματα. Επιπλέον, η πρόσθετη επαφή μεταξύ της εποπτευόμενης ομάδας και των φυσιοθεραπευτών θα παρείχε αυξημένα επίπεδα εκπαίδευσης σε αυτούς τους ασθενείς, καθώς θα ήταν σχεδόν αδύνατο για τον ιατρό να μην συνεχίσει να εκπαιδεύει τους ασθενείς. Επομένως, δεν μπορεί να υποστηριχθεί με βεβαιότητα ότι οι διαφορές στο πρόγραμμα άσκησης αντιπροσωπεύουν τις σημαντικές διαφορές στις ομάδες, καθώς η εκπαίδευση των ασθενών θα αποτέλεσε επίσης πιθανό παράγοντα στις διαφορές που παρατηρήθηκαν (Bunketorp et al., 2006a).

Το 2006, οι ίδιοι ερευνητές (Bunketorp et al., 2006β) χρησιμοποίησαν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για τη μελέτη τους το 2005 για να «διευκρινίσουν τις σχέσεις μεταξύ των αισθητικών, συναισθηματικών και γνωστικών διαστάσεων του πόνου και να αναλύσουν την επίδραση αυτών των συστατικών στην εμμένουσα αναπηρία. Αναφέρθηκε ότι η «αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας της επίμονης αναπηρίας». Επιπλέον, οι ακόλουθοι παράγοντες αντιστοιχούσαν σε χαμηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα: υψηλή ένταση πόνου και πόνος της κίνησης. Δεδομένου ότι τα ίδια δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν όπως και στην προηγούμενη μελέτη, τίθεται το ερώτημα αν οι ερευνητές σχεδίαζαν αυτό το στοιχείο της έρευνας πριν από την έρευνα ή χρησιμοποίησαν τα υπάρχοντα δεδομένα επειδή είχε σημειωθεί μια σχέση. Εάν ισχύει η τελευταία περίπτωση, μπορεί να ερμηνευθεί ως προκατάληψη, καθώς οι ομάδες μπορεί να έχουν ταιριαστεί αποτελεσματικά για να ερευνηθούν αυτό το σημείο της έρευνας. Επιπλέον, όλοι οι ίδιοι περιορισμοί που αναφέρονται παραπάνω ισχύουν και για τη μελέτη αυτή.

Το 2008, οι Cleland, Fritz και Childs προσπάθησαν να εξετάσουν «τις ψυχομετρικές ιδιότητες του Ερωτηματολογίου για την Αποφυγή Φοβιών (FABQ) και

του TSK σε Ασθενείς με πόνο στον αυχένα». Ζήτησαν από 78 άτομα να συμπληρώσουν το Ερωτηματολόγιο για την Αποφυγή Φοβιών, καθώς και το TSK κατά την έναρξη και την παρακολούθηση 2 ημερών. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια «ασθενέστερη σχέση μεταξύ των μέτρων φόβου και αποφυγής και του πόνου / αναπηρίας σε ασθενείς με μηχανικό πόνο στο αυχένα από ό, τι αναφέρθηκε σε ασθενείς με χαμηλότερο πόνο στην πλάτη» (Cleland, Fritz & Childs, 2008).

Το 2008, οι De Loose, Burnotte, Cagnie, Stevens, Van Tiggelen και Defence χρησιμοποίησαν μια διασταυρούμενη μελέτη ερωτηματολογίου για 942 υπαλλήλους γραφείου της βελγικής άμυνας για να προσδιορίσουν τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση πόνου σε στρατιωτικούς υπαλλήλους γραφείου στο στρατό. Η χρήση του NDI και του TSK για την εκτίμηση της επίδρασης του πόνου στον αυχένα στη ζωή του ερωτώμενου και στην αποφυγή του φόβου που σχετίζεται με τον πόνο οδήγησε τους συγγραφείς να «υποστήριξουν το ρόλο των φυσικών και ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών θέσεων εργασίας στην αιτιολογία του πόνου του αυχένα για τους εργαζόμενους στα στρατιωτικά γραφεία. Ωστόσο, επειδή αυτό ήταν ένα ερωτηματολόγιο που αποστάλθηκε, η μελέτη δεν μπόρεσε να ελέγξει το περιβάλλον στο οποίο συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο, γεγονός που μπορεί να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα. Επιπλέον, καθώς αποστάλθηκε σε στρατιωτικούς, ο πληθυσμός μπορεί να είχε απροθυμία να δεχτεί πόνο, φόβο και αναπηρία (De Loose et al., 2008).

Οι Nieto, Miro και Huguet ανέλυσαν το «μοντέλο αποφυγής φόβου σε τραυματισμούς κατά του μαστού» σε μια δημοσίευση στην *European Journal of Pain* το 2009 (Nieto, Miro & Huguet, 2009). Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί εάν «ο φόβος της κίνησης και του πόνου, η καταστροφική πρόβλεψη της αναπηρίας και της κατάθλιψης σχετίζονται με τον πόνο σε ασθενείς με υποξεία ουρολοιμώξη». Διαπιστώθηκε ότι «ο φόβος της κίνησης ήταν πρόδρομος της αναπηρίας και της κατάθλιψης» και ότι «η ένταση του πόνου ήταν πρόβλεψη της αναπηρίας αλλά όχι της κατάθλιψης» (Gustavsson & von Koch, 2006). Η μελέτη χρησιμοποίησε ασθενείς που είχαν εμπλακεί σε αυτοκινητιστικό ατύχημα με πόνο μικρότερο των τριών μηνών και αναζητούσαν θεραπεία σε εγκαταστάσεις αποκατάστασης. Δεδομένου ότι αυτοί οι συμμετέχοντες είχαν ήδη αναζητήσει θεραπεία, υπάρχει η πιθανότητα σε αυτόν τον πληθυσμό να υπάρχει προκατάληψη ως προς τη μεγέθυνση των συμπτωμάτων. Ακόμη, αυτή η μελέτη παρέχει δεδομένα για μικρό χρονικό διάστημα, δηλαδή μικρότερη των τριών μηνών. Γι' αυτό, απαιτείται περαιτέρω μελέτη για να διαπιστωθεί εάν οι σχέσεις που εντοπίζονται συνεχίζονται με την πάροδο του χρόνου.

3.3.3 Kinesiophobia Causes Scale (KCS)

Το Kinesiophobia Causes Scale, είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από είκοσι ερωτήσεις και στοχεύει στην διάγνωση των περιορισμών της κινητικής δραστηριότητας. Η συγκεκριμένη κλίμακα, μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για τον προσδιορισμό και την ποσοτικοποίηση των βιολογικών και διανοητικών αιτιών για τις «κινησιοφοβικές» συμπεριφορές, σε άτομα αλλά και σε πληθυσμούς. Αποτελεί ένα απαραίτητο και βασικό σημείο εκκίνησης για συντονισμένες στη ενέργειες στην πορεία. Ο ασθενής, καλείται να απαντήσει με σιγουριά και ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις (Knapik, Saulicz & Gnat, 2011).

Πίνακας 2: Ερωτηματολόγιο Kinesiophobia Causes Scale (Knapik, Saulicz & Gnat, 2011):

Αγαπητέ Κύριε / Αγαπητέ Κύριε Παρακαλείστε να επιλέξετε μία απάντηση για καθένα από τα παρακάτω στοιχεία εκτός από τα σημεία 8 και 13 όπου θα επιλέξετε μεταξύ ναι / όχι / δεν είστε σίγουροι για ΚΑΘΕ απάντηση

1	Σύμφωνα με τη σωματική μάζα μου, μπορώ να ισχυριστώ ότι:	
	α) Ελέγχω τη σωματική μου μάζα προσαρμόζοντας το επίπεδο της κινητικής δραστηριότητας	[0]
	β) η σωματική μάζα μου προκαλεί δυσκολίες κατά την εκτέλεση πολλών καθηκόντων κινητήρα, γι 'αυτό αποφεύγω	[50]
	γ) λόγω υπερβολικού βάρους, αποφεύγω τις σωματικές προσπάθειες εξαιτίας του κινδύνου εξάντλησης ή τραυματισμού	[100]
2	Αισθάνομαι ότι λόγω του σχήματος του, το σώμα μου προκαλεί κινητήριους περιορισμούς στις αθλητικές δραστηριότητες που θα ήθελα να εκτελέσω:	
	α) σχεδόν ποτέ	[0]
	β) σπάνια	[25]
	γ) μερικές φορές	[50]
	δ) συχνά	[75]
	ε) πολύ συχνά	[100]
3	Νομίζω ότι σε σύγκριση με άλλους, πάντα θεωρώ ότι:	
	α) λιγότερο ενεργή	[100]
	β) λιγότερο ενεργό από τους ανθρώπους της εποχής μου	[75]
	γ) εξίσου δραστήριοι με τους ανθρώπους της εποχής μου	[50]
	δ) πιο ενεργά από άλλα άτομα	[25]
	ε) πολύ πιο δραστήριοι από τους άλλους	[0]
4	Παρατεταμένη συνεδρίαση:	
	α) αισθάνεται ευχάριστη για μένα, μπορώ να αναλάβω και να διατηρήσω αυτή τη θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα	[100]
	β) ομοίως με άλλους ανθρώπους, όταν διαρκεί πολύ καιρό, πρέπει να αλλάξω θέση	[50]
	γ) μου φαίνεται άβολο, αποφεύγω παρατεταμένη συνεδρίαση	[0]
5	Ενώ εργαζόμαστε, προσπαθώ να βρω έναν τρόπο που απαιτεί τη λιγότερη	

	σωματική προσπάθεια επειδή δεν μου αρέσει η σωματική κόπωση:			
	α) πάντα	[100]		
	β) μερικές φορές	[50]		
	γ) ποτέ	[0]		
	Πιστεύω ότι οι δραστηριότητες που απαιτούν εντατική σωματική προσπάθεια:			
6	α) είναι κουραστικές για μένα και προσπαθώ να τους αποφύγω αν είναι δυνατόν		[100]	
	β) είναι δυνατόν, εξαρτάται από το τι πρέπει να κάνω		[50]	
	γ) δώστε μου ευχαρίστηση επειδή η σωματική κόπωση σημαίνει ικανοποίηση για μένα		[0]	
	Όταν είμαι σωματικά εξαντλημένος:			
7	α) νιώθω άσχημα και χρειάζεται πολύς χρόνος για να ανακάμψω		[100]	
	β) Αναρρώνω ταχύτερα με άλλους ανθρώπους της εποχής μου		[50]	
	γ) Ανακάμνω γρήγορα και νιώθω ενέργεια για να ξεκινήσω νέες ενέργειες		[0]	
	Πιστεύω ότι ανεξάρτητα από τη σημερινή μου κατάσταση, θα μπορούσα να μη ξεκουραστώ:			
		Ναί	δεν είμαι σίγουρος	όχι
8	α) περπατήστε για 1 ώρα	[0]	[50]	[50]
	β) να ανεβείτε στον τρίτο όροφο	[0]	[100]	[100]
	γ) Βόλτα με ποδήλατο για 0,5 ώρα	[0]	[50]	[100]
	Μετά την εργασία, αισθάνομαι συνήθως:			
9	α) κουρασμένος, αλλά μετά από λίγο ξεκούραση, είμαι έτοιμος να ξεκινήσω τη δουλειά (οικιακές εργασίες, επισκέπτονται φίλους, πηγαίνω στον κινηματογράφο, το θέατρο, το περπάτημα ή τον αθλητισμό)		[0]	
	β) κουρασμένος και αναπαύομαι παθητικά είτε ξαπλωμένος είτε καθισμένος		[50]	
	γ) μάλλον εξαντλημένο από το κουρασμένο και πάντα μένουν για πολύ καιρό είτε βρίσκονται είτε κάθονται		[100]	
	Ανταγωνισμός στον αθλητισμό, στην εργασία κλπ .:			
10	α) πάντα με ικανοποιεί και δίνει την ευκαιρία να κερδίσω		[0]	
	β) είναι αποδεκτή στους κλάδους που νιώθω καλά, τότε μου αρέσει να αγωνίζομαι		[50]	

	γ) δεν τίθεται θέμα, είμαι πολύ ευαίσθητος στις αποτυχίες	[100]
11	<p>Αισθάνομαι ενοχλημένος όταν οι συνθήκες με κάνουν να παρκάρω ένα αυτοκίνητο μακριά από τον προορισμό:</p> <p>α) πάντα [100]</p> <p>β) συχνά [75]</p> <p>γ) μερικές φορές [50]</p> <p>δ) σπάνια [25]</p> <p>ε) ποτέ [0]</p>	
12	<p>Σε σχέση με τη δική μου εμφάνιση:</p> <p>α) Ποτέ δεν ένιωθα ντροπή από το σχήμα του σώματός μου. Φορώντας τα ρούχα που τα εκθέτουν (π.χ. αθλητικά ρούχα ή μαγιό) δεν φαίνονται προβληματικά για μένα, ανεξάρτητα από το πώς μοιάζουν με άλλους [0]</p> <p>β) μπορώ να φορέσω άθλημα ή μαγιό με την προϋπόθεση ότι οι άνθρωποι γύρω από το βλέμμα παρομοίως [50]</p> <p>γ) Αποφεύγω καταστάσεις στις οποίες τα ρούχα θα εκθέσουν τις αδυναμίες της φιγούρας μου [100]</p>	
13	<p>Πιστεύω ότι οι δραστηριότητες που αναφέρονται παρακάτω πρέπει, λόγω πολιτιστικών λόγων, να ταιριάζουν με την ηλικία και / ή την κοινωνική κατάσταση ενός συγκεκριμένου ατόμου:</p>	<p style="text-align: right;">Ναί όχι</p> <p>α) χορός [100] [0]</p> <p>β) τον αθλητισμό [100] [0]</p> <p>γ) κόπωση μη κερδοσκοπικών εργασιών (π.χ. οικιακές εργασίες, κηπουρική, DIY) [100] [0]</p>
14	<p>Με την ευκαιρία συμμετοχής στον αθλητισμό (διακοπές, ενθάρρυνση από άλλους ανθρώπους):</p> <p>α) Πάντα προσπαθώ να το χρησιμοποιήσω [100]</p> <p>β) Νιώθω κάποια αντίσταση, αλλά συνήθως συμφωνώ [75]</p> <p>γ) πρώτα παρακολουθώ τους άλλους και προσπαθώ να κρίνω τις πιθανότητές μου για καλές επιδόσεις και έπειτα παίρνω τις αποφάσεις μου [50]</p> <p>δ) είναι πολύ δύσκολο να με πείσεις, σπάνια συμφωνώ [25]</p>	

	ε) όχι, αυτό δεν είναι για μένα	[0]
15	<p>Σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους, πιστεύω ότι μπορώ να μάθω νέες κινήσεις (κινητικές δεξιότητες):</p> <p>α) πιο γρήγορα από άλλα [0]</p> <p>β) πιο γρήγορα από τους ανθρώπους της ηλικίας μου [25]</p> <p>γ) τόσο γρήγορα όσο οι άνθρωποι της εποχής μου [50]</p> <p>δ) πιο αργά από άλλα [75]</p> <p>ε) Δεν μπορώ να μάθω κάποια κινητική ικανότητα [100]</p>	
16	<p>Κατά τη διάρκεια της παιδικής μου ηλικίας και της εφηβείας:</p> <p>α) Δεν συμμετείχα στον αθλητισμό (μόνο υποχρεωτικές ασκήσεις) [100]</p> <p>β) Συμμετείχα στον αθλητισμό τόσο συχνά όσο άλλα παιδιά [50]</p> <p>γ) Ήμουν πιο ενεργός από άλλους (π.χ. εκπαίδευση σε αθλητικό σωματείο) [0]</p>	
17	<p>Λαμβάνοντας υπόψη πόνο, τραύμα και τραυματισμούς:</p> <p>α) Πιστεύω ότι στη ζωή υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος ασθένειας και τραυματισμού, αλλά αυτό δεν είναι ένας παράγοντας που μειώνει την κινητική μου δραστηριότητα [0]</p> <p>β) Πιστεύω ότι είναι απαραίτητο να ενεργήσουμε σύμφωνα με την «κοινή λογική» και να προσαρμόσουμε το επίπεδο και τον τύπο της δραστηριότητας στην ηλικία και τις ικανότητες ενός ατόμου [50]</p> <p>γ) Πιστεύω ότι η αυξημένη δραστηριότητα μπορεί να είναι επιβλαβής, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή [100]</p>	
18	<p>Όταν νιώθω άρρωστος ή τραυματίζω, πιστεύω ότι:</p> <p>α) πρώτα πρέπει να ανακάμψει πλήρως και στη συνέχεια να ξεκινήσει κανονική δραστηριότητα [100]</p> <p>β) απαιτείται λογικό επίπεδο κινητικής δραστηριότητας, σύμφωνα με τις ιατρικές ενδείξεις και τη δική μου κατάσταση [50]</p> <p>γ) συχνά ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα είναι να αγνοήσετε τον πόνο και να οδηγήσετε την κανονική και ενεργό ζωή [0]</p>	
19	<p>Σε σύγκριση με τους συγγενείς, τους φίλους και τους συντρόφους μου:</p> <p>α) Στηρίζω πιο ενεργά από ό, τι κάνουν [0]</p> <p>β) Χαλαρώνομαι συνήθως για την ηλικία και το φύλο μου [50]</p>	

	γ) Χαλαρώω πιο παθητικά από ό, τι κάνουν	[100]
20	Σε σύγκριση με άλλα έξοδα, τα έξοδα ενεργού αναψυχής είναι για μένα:	
	α) λιγότερο σημαντικό	[100]
	β) Εξίσου σημαντικό	[50]
	γ) πιο σημαντικό	[0]

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΒΑΘΜΩΝ

Οι βαθμολογίες οι οποίες λήφθηκαν από το παραπάνω ερωτηματολόγιο με βάση τους ψυχολογικούς και βιολογικούς τομείς καθώς και η συνολική βαθμολογία του KSC κυμαίνεται από 0 έως 100 και ερμηνεύονται ως ποσοστό της κινησιοφοβικής συμπεριφοράς.

Ο υπολογισμός για τις ερωτήσεις 8 και 13 συμβαίνει ως εξής:

Ερώτηση 8: $(\alpha + \beta + \gamma)/3$

Ερώτηση 13: $(\alpha + \beta + \gamma)/3$

Υπολογισμός για τις υπόλοιπες ερωτήσεις:

- A. Μορφολογικά στοιχεία = $(1+2)/2$
- B. Ατομική ανάγκη για διέγερση = $(3+4+5)/3$
- C. ενεργειακά υποστρώματα = $(6+7+8+9)/4$
- D. Ισχύς των βιολογικών κινήσεων = $(10+11)/2$
- E. Αυτό-αποδοχή = $(12+13+14)/3$
- F. Αυτό-αξιολόγηση των προδιαγραφών για κίνηση = $(15+16)/2$
- G. Ψυχική κατάσταση = $(17+18)/2$
- H. Κοινωνική επιρροή = $(19+20)/2$

Ο υπολογισμός της βαθμολογίας σε βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες και η συνολική βαθμολογία του KCS, υπολογίζονται ως εξής:

Βιολογικός τομέας: $(A+B+C+D)/4$

Ψυχολογικός τομέας: $(E+F+G+H)/4$

Συνολική βαθμολογία KCS: $(\text{Βιολογικός} + \text{Ψυχολογικός})/2$

3.4 Κινησιοφοβία και συνοσηρότητα

Η συνοσηρότητα ή αλλιώς διπλή διάγνωση ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο, μίας διαταραχής/ασθένειας ταυτόχρονα με μια άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (ΠΟΥ, 1995).

Οι μυοσκελετικές παθήσεις αδιαμφισβήτητα αποτελούν την βάση της Κινησιοφοβίας. Άξιο είναι το γεγονός να αναφερθεί πως το 75% των μυοσκελετικών ασθενών είναι κινησιοφοβικοί. Σε πολλές περιπτώσεις, παρατηρούμε την

κινησιοφοβία να κάνει αισθητή την παρουσία της σε ασθενείς με αυχεναλγία, οσφυαλγία, Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης, «Ψυχική Δυσφορία» ή κατάθλιψη, Σύνδρομο Deconditioning και σε ηλικιωμένους.

Στην συνέχεια, θα μελετήσουμε τις παραπάνω κατηγορίες πιο αναλυτικά, οι οποίες θα επιβεβαιώσουν την συσχέτιση των μυοσκελετικών παθήσεων με την κινησιοφοβία. Πιο αναλυτικά:

i. Αυχεναλγία - Ωμαλγία:

Η κινησιοφοβία εμφανίζει στενή σχέση με τον «καταστροφικό πόνο» την συνύπαρξη αναπηρίας ή μυοσκελετικής παθολογίας. Αυχεναλγία είναι ο πόνος που εντοπίζεται στον αυχένα δηλαδή, στο πίσω μέρος του λαιμού. Αυτός ο πόνος, σε ορισμένες περιπτώσεις φαίνεται να αντανάκλαται προς το κεφάλι, προς τον δεξί ή προς αριστερό ώμο ή ακόμα και κατά μήκος του ενός ή του άλλου άνω άκρου. Ο πόνος στον ώμο μπορεί να εμφανίζεται ως παροδικός ή μόνιμος κατά την κίνηση ή την ακινησία. Το φύλο και η ηλικία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τη εμφάνιση της ωμαλγίας. Τα ποσοστά της ωμαλγίας αυξάνονται όσο αυξάνεται και η ηλικία, λόγω του γεγονότος ότι η γήρανση σχετίζεται με εκφυλιστικές διαδικασίες και μεταβολές. Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες είναι αυτές που εμφανίζουν πιο συχνά πόνο στον ώμο σε σχέση με τους άντρες. Τα περισσότερα προβλήματα στον ώμο μπορεί να οφείλονται σε φλεγμονή, ρήξη τένοντα αρθρίτιδα και κατάγματα, σπανιότερα οφείλονται σε όγκους λοιμώξεις και σε νευρολογικά προβλήματα (Κακάβας 2017).

ii. Ραχιαλγία - Χαμηλή Οσφυαλγία:

Η κινησιοφοβία, παρατηρείται ότι συνδέεται με την «Ψυχική Δυσφορία», την αναπηρία, τον σοβαρό πόνο καθώς και από την ύπαρξη «Καταστροφικού πόνου». Είναι χαρακτηριστικό ότι η κινησιοφοβία σε συνδυασμό με την οσφυαλγία παρατηρείται σε μεγαλύτερο ποσοστό στον ανδρικό πληθυσμό χωρίς βέβαια να παρουσιάζεται στατιστικά κάποια σημαντική σχέση με το φύλο (Pells, 2007). Ωστόσο, βέβαια, μελέτη με το F.M.R.I. σε πληθυσμό με χρόνια οσφυαλγία δεν κατάφερε να αποδείξει ενεργοποίηση των εγκεφαλικών πτυχών του φόβου στα άτομα με δείγματα κινησιοφοβικής συμπεριφοράς. (Barker et al., 2006). Ως οσφυαλγία χαρακτηρίζεται ως ο πόνος στην οσφυϊκή χώρα, δηλαδή στο κάτω μέρος της πλάτης. περιορίζει τις καθημερινές δραστηριότητες του πάσχοντος και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί ακόμα και να τον καθηλώσει. Οι παθήσεις, οι οποίες, μπορεί να συνοδεύονται από οσφυαλγία είναι: η διάταση ή ο τραυματισμός των οσφυϊκών μοιρών, ο τραυματισμός σπονδύλου, η φλεγμονώδης αρθρίτιδα, η πρόπτωση μεσοσπονδύλιου δίσκου, η ανάπτυξη όγκου ή η μετάστασή του στην σπονδυλική στήλη, οι διάφορες λοιμώξεις καθώς και η νεφρολιθίαση.

iii. Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης:

Η χρόνια κόπωση είναι μια κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει υψηλά ποσοστά κούρασης και εξουθένωσης. Το εν λόγω σύνδρομο, μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτου φυλής ή οικονομικού επιπέδου. Όσον αφορά το φύλο τα ποσοστά στις γυναίκες είναι αρκετά μεγαλύτερα από αυτά των ανδρών. Η κινησιοφοβία εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με την ύπαρξη «καταστροφικής» κόπωσης και την συνύπαρξη αναπηρίας. Η κινησιοφοβία ή η κόπωση αν και εμποδίζουν την φυσική λειτουργία δεν καθορίζουν την καθημερινή δραστηριότητα (Nijls et al., 2012). Ο ασθενής με χρόνια κόπωση εμφανίζει: εξάντληση υπερβολικού βαθμού (σώμα βαρύ και δυσκολία κίνησης), δυσκολία ύπνου (ξυπνάει με το παρά μικρό και δεν ξεκουράζεται), αδυναμία συγκέντρωσης (απόσπαση προσοχής, ξεχνούν εύκολα),

αστάθεια (λόγω μειωμένης ροής αίματος προς τον εγκέφαλο σε όρθια θέση) και σωματικός πόνος (πόνος σε μύες, αρθρώσεις, πονοκέφαλος).

iv. Ψυχική Δυσφορία - Κατάθλιψη:

Η Κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που επηρεάζει την διάθεση, τις σκέψεις και συνήθως συνοδεύεται από σωματικές διαταράξεις. Η βίωση του «καταθλιπτικού» συναισθήματος στην κατάθλιψη έχει μεγάλη ένταση και διάρκεια και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του. Αυτό το κάνει να ξεχωρίζει από ένα οποιοδήποτε «καταθλιπτικό συναίσθημα» το οποίο είναι παροδικό και εμφανίζεται με μικρότερη ένταση. Η κατάθλιψη εμφανίζει μια σειρά από συμπτώματα που επηρεάζουν πολλούς τομείς στην ζωή του ατόμου. Δεν είναι απαραίτητο πως κάποιος που έχει κατάθλιψη εμφανίζει όλα τα συμπτώματα της διαταραχής (Μενεδιάτου, 2010). Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά παρατηρείται να διαφοροποιείται ακόμα και στον ίδιο άνθρωπο με την πάροδο του χρόνου. Πιο συγκεκριμένα, τα κύρια συμπτώματα που ενδέχεται να εμφανίσει κάποιος όταν πάσχει από κατάθλιψη είναι τα εξής:

- Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν καθημερινά, για διάστημα δύο εβδομάδων
- Απώλεια ευχαρίστησης και πτώση ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που απολάμβανε στο παρελθόν
- Άγχος που ορισμένες φορές εκδηλώνεται με την μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου.
- Διαταραχές ύπνου. Ανάλογα την περίπτωση, μπορεί να παρουσιαστεί είτε με υπερβολικές ώρες ύπνου είτε να παντελή αδυναμία ύπνου. Το άτομο ξυπνάει πολλές φορές μέσα στη νύχτα ή δυσκολεύεται να το πάρει ο ύπνος. Η πιο συνηθισμένη διαταραχή ύπνου είναι η πρωινή αφύπνιση, κατά την οποία το άτομο ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί
- Διαταραχές στη όρεξη με συνήθως απώλεια όρεξης και ταυτόχρονη απώλεια βάρους. Ωστόσο σε μικρότερη συχνότητα παρατηρούνται βουλιμικά επεισόδια με υπερφαγία.
- Κόπωση, εξάντληση απώλεια ενεργητικότητας. Παραμονή σε αδράνεια κατά την διάρκεια της ημέρας.
- Ελάττωση σεξουαλικής διάθεσης. Δεν τις επιθυμεί, δεν του προκαλούν καμία ευχαρίστηση.
- Έλλειψη ελπίδας, αισιοδοξίας και απαισιοδοξία για το μέλλον.
- Δυσκολία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης, και τη λήψη αποφάσεων.
- Αισθήματα και σκέψεις ενοχής, αναξιότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Παρουσία σωματικών συμπτωμάτων που δεν ερμηνεύονται από τις ιατρικές εξετάσεις και δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή.
- Εμμονή σε σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας. Το άτομο νιώθει τόσο απελπισμένο και κάνει σκέψεις αυτοκτονίας. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη η απόπειρα αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα αυξημένη.

Για να δοθεί η διάγνωση της κατάθλιψης χρειάζεται να συνυπάρχουν τουλάχιστον πέντε από τα παραπάνω συμπτώματα και σε αυτά οπωσδήποτε να συμπεριλαμβάνονται το πρώτο και το δεύτερο (Ευθυμίου και συν. 2006).

Σύμφωνα με έρευνα των Δημητριάδη, Καπρέλη, Στριμπάκο και Oldham (2017) σε 45 ασθενείς με ιδιοπαθή χρόνια αυχενικό πόνο, η κινησιοφοβία και κυρίως η κατάθλιψη φαίνεται ότι σχετίζονται με τη σωματική δραστηριότητα των ασθενών με χρόνια αυχενικό πόνο. Ειδικότερα, οι περιορισμοί στη σωματική δραστηριότητα ενδέχεται να οδηγήσουν σε περαιτέρω επιδείνωση της σωματικής και της ψυχολογικής κατάστασης των εν λόγω ασθενών. Έτσι, η αναγνώριση των ψυχολογικών παραγόντων πρόβλεψης της σωματικής δραστηριότητας θα μπορούσε να αποκαλύψει πιθανά σημεία θεραπευτικής παρέμβασης για τη διαχείριση των περιορισμών της σωματικής δραστηριότητας σε αυτόν τον κλινικό πληθυσμό.

v. Σύνδρομο Deconditioning

Με τον όρο Σύνδρομο Deconditioning, εννοούμε το σύνολο πολλαπλών δυνητικά αναστρέψιμων αλλαγών στα όργανα του συστήματος που είναι αποτέλεσμα αχρηστίας και σωματικής αδράνειας. Βασικά αίτια εμφάνισης του συνδρόμου αποτελούν η μείωση της μυϊκής μάζας (σαρκοπενία), της μυϊκής δύναμης, της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου κατά την άσκηση, της καρδιακής παροχής κατά την άσκηση και την έκπτωση της ισορροπίας. Πιο αναλυτικά, η καθιστική ζωή, η έλλειψη άσκησης, ο κλινοστατισμός σε οξεία νόσο (μετά από τραύμα ή χειρουργικά επέμβαση), η συνύπαρξη χρόνιου νοσήματος (ανοσοκαταστολή, καρκίνος, κατάθλιψη, άνοια, διαβήτης, ακράτειες, αναπνευστική ανεπάρκεια κ.α.), διατροφικές διαταραχές (έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων, αναιμία), ηλικία και ψυχοκοινωνικοί παράμετροι, είναι στοιχεία που προωθούν αναμφίβολα την γέννηση του συνδρόμου (Verbunt et al., 2013· Nijs et al., 2012).

vi. Ηλικία

Η ηλικία διαδραματίζει ένα βαρυσήμαντο παράγοντα για την ασφαλή και επιτυχημένη εκτέλεση μιας κίνησης. Είναι κοινά αποδεκτό πως η μυϊκή μάζα μειώνεται κατά 1-2 % ανά έτος. Παράλληλα, με την πάροδο του χρόνου, η κίνηση εμποδίζεται από τις συσσωρευτικές επιπτώσεις διάφορων ασθενειών καθώς και από αυτές που προέρχονται από χρόνιες παθήσεις. Συνάμα, οι διατροφικές ανεπάρκειες επιτείνουν το κινητικό έλλειμμα και ταυτόχρονα ενισχύουν την χρονιότητα και την ένταση του πόνου. Το γεγονός αυτό, ενδέχεται να προκαλέσει μερική ή ακόμα και ολική σωματική αδράνεια. Στηριζόμενοι λοιπόν στην άποψη πως «Ότι δεν χρησιμοποιείς το χάνεις», διαπιστώνουμε ότι η απουσία κίνησης και κατά συνέπεια άσκησης καθώς και τα γνωσιακά ελλείμματα επιβαρύνουν την κινητική λειτουργία (Nijs et al., 2012).

3.5 Συνέπειες κινησιοφοβίας

3.5.1 Κινησιοφοβία και παιδιά

Ο χρόνιος πόνος στα παιδιά, σύμφωνα με έρευνες αντιπροσωπεύει το 20% με 30% των παιδιών - εφήβων παγκοσμίως (King et al., 2011·Stanford et al., 2008). Συχνά στα παιδιατρικά νοσοκομεία ο πόνος είναι ανεπαρκώς προσδιορισμένος και υπό-θεραπευμένος και σε ποσοστό μεγαλύτερο του 10% μετατρέπεται σε χρόνια. Μολονότι η πλειοψηφία των παιδιών που πάσχουν από χρόνια πόνο, δεν παρουσιάζουν μεγάλη αναπηρία (Huguet & Miro, 2007), περίπου το 3% από αυτά, απαιτούν εντατική αποκατάσταση (Hechler et al., 2010). Η υποκειμενική

παθοφυσιολογία του πόνου στους παιδιατρικούς ασθενείς περιλαμβάνει τον οξύ πόνο (προκύπτει από την ενεργοποίηση των τελικών περιφερικών νεύρων), τον νευροπαθητικό (προκύπτει από τραυματισμό ή δυσλειτουργία του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος), τον ψυχοκοινωνικό - συναισθηματικό, τον καθολικό πόνο και τον χρόνιο. Ο πόνος μπορεί να προέρχεται από ένα αλλά συνηθέστερα, περιλαμβάνει των συνδυασμό αυτών των παθοφυσιολογιών.

Η American Pain Society (APS) για το 2012, δήλωσε πως «Η αξιολόγηση και η διαχείριση των παιδιών με χρόνιο πόνο είναι αποτέλεσμα μιας δυναμικής ενσωμάτωσης βιολογικών διεργασιών, ψυχολογικών παραγόντων και κοινωνικό-πολιτιστικών μεταβλητών» (American Pain Society, 2016). Ο χρόνιος πόνος περιλαμβάνει επίμονο και επεισοδιακό πόνο σε παιδιά, τα οποία πάσχουν και από υποκείμενες ασθένειες (ρευματοειδή αρθρίτιδα, σύνδρομο πόνου). Ο χρόνιος παιδικός και εφηβικός πόνος δεν είναι μόνο σημαντικό θέμα για την κλινική φροντίδα των παιδιατρικών ασθενών, αλλά αποτελεί μια κατάσταση που επηρεάζει ταυτόχρονα και τον ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό τομέα. Βασικό μέλημα της συγκεκριμένης εργασίας είναι ο ορισμός, η κατανόηση και η καλύτερη προσέγγιση του πόνου με στόχο την βελτιστοποίηση της κλινικής περίθαλψης και ταυτόχρονα τον περιορισμό των συνολικών επιπτώσεων του χρόνιου πόνου στους παιδιατρικούς ασθενείς.

3.5.1.1 Ο καταστροφικός πόνος και ο φόβος του πόνου στα παιδιά

Το μοντέλο αποφυγής πόνου λόγω φόβου φαίνεται να βασίζεται στην συνειρμική μάθηση και εξηγεί τους λόγους που ο φόβος του πόνου οδηγεί ορισμένους ασθενείς σε λειτουργική αναπηρία (Vlaeyen & Linton, 2012). Οι επώδυνες κινήσεις, οι οποίες σχετίζονται με το αίσθημα του πόνου είναι πιθανό να σηματοδοτήσουν την παρουσία εντονότερου πόνου ή επανατραυματισμού σε περίπτωση εκτέλεσής τους, καθώς και να προκαλέσουν φόβο πόνου ή φόβο για μια συγκεκριμένη κίνηση (Bennett et al., 2015). Το μοντέλο αποφυγής δραστηριότητας λόγω πόνου, οδήγησε στην έρευνα του παιδιατρικού πόνου, εξαιτίας της δυσκολίας της προσαρμογής των συμπεριφορών των ασθενών και την αποφυγή δραστηριοτήτων. (Fisher, 2016) Οι περισσότεροι, αν όχι όλοι οι ασθενείς, περιορίζουν την δραστηριοποίησή τους, επιδιώκοντας με αυτόν τον τρόπο την αποφυγή του πόνου. Ο καταστροφικός πόνος είναι ένας μηχανισμός κατά τον οποίο η εμπειρία του πόνου επιδεινώνεται στα παιδιά και στους εφήβους. Αντιπροσωπεύει, μια σειρά αρνητικών γνωστικών-συναισθηματικών διεργασιών που περιλαμβάνουν την μεγέθυνση (αυξημένη σημασία πόνου), την μεγάλη ανησυχία για την πρόκληση πόνου, την απαισιοδοξία και συναισθηματική αδυναμία, όταν βρίσκονται σε κατάσταση πόνου. Όσον αφορά τα παιδιά μικρότερης ηλικίας, ο καταστροφικός πόνος σχηματίζεται υποσυνείδητα στην μνήμη τους εξαιτίας της αρνητικής μνήμης του πόνου των γονέων, τον οποίο έχουν βιώσει στο παρελθόν (Noel et al., 2015).

3.5.1.2 Μοντέλο αποφυγής δραστηριοτήτων λόγω πόνου

Το μοντέλο αποφυγής πόνου, όπως προαναφέρθηκε, βασίζεται στην βιωματική μάθηση και εξηγεί τους λόγους που ο φόβος του πόνου και τα συνέπεια της κίνησης οδηγεί σε λειτουργική αναπηρία σε ορισμένους ασθενείς. (Vlaeyen & Linton, 2012) Το συγκεκριμένο μοντέλο τα τελευταία χρόνια έχει εξελιχθεί και έχουν συμπεριληφθεί σε αυτό παράμετροι, όπως η μάθηση, τα κίνητρα και η θεωρία της αυτορύθμισης (Crombez et al., 2012· Volders et al., 2015). Συχνά παρατηρείται, η

προσπάθεια του ατόμου για την αποφυγή του πόνου ή του επανατραυματισμού και με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσονται από τον ασθενή μηχανισμοί ασφαλείας για την πρόληψή τους.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα του παραπάνω φαινομένου, φαίνεται να είναι η υιοθέτηση ενός νέου, πιο άκαμπτου τύπου βάδισης (Volders et al., 2015). Οι συμπεριφοριστικές αυτές στρατηγικές ασφαλείας συχνά αναστέλλουν ορισμένες παγιωμένες δραστηριότητες του ατόμου, με αποτέλεσμα την πτώση της διάθεσης και την απομόνωσή του. Παράμετροι του μοντέλου αποφυγής δραστηριοτήτων λόγω φόβου, φαίνεται να είναι ο φόβος του πόνου και το αίσθημα του καταστροφικού πόνου (Edwards et al., 2016).

Το συγκεκριμένο μοντέλο είναι πολυπαραγοντικό και βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο κατά το οποίο διάφοροι συνυπάρχοντες παράγοντες επηρεάζουν την εξέλιξη και την μονιμοποίηση του χρόνιου πόνου (Hooten, 2016· Vlaeyen & Linton, 2006). Ακόμα, απαραίτητο κρίνεται να συμπεριληφθεί υπ' όψιν, η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για την ολιστική προσέγγιση και αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (Seekatz et al., 2015). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν θα πρέπει να αγνοούνται ή να υποβιβάζονται. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία, η κατάθλιψη φαίνεται να είναι ως ο βασικότερος παράγοντας συσχετισμού της ασθένειας με την αναπηρία (Seekatz et al., 2015). Στους περισσότερους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία υπό την απουσία κάποιας συνυπάρχουσας παθολογικής ή οργανικής αιτίας, η ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο για την έκβαση της νόσου και το επίπεδο του πόνου (Meier et al., 2015).

Το μοντέλο αποφυγής δραστηριοτήτων λόγω φόβου αποτελεί ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τον καθορισμό του βαθμού αναπηρίας καθώς και την χρονιότητα της οσφυαλγίας. Σύμφωνα με μελέτες σε υγιή άτομα, χωρίς ιστορικό χρόνιου πόνου, βρέθηκαν μεταβολές στην λειτουργία του πυρήνα της αμυγδαλής και του τρόπου αλληλεπίδρασης αυτής με τον φλοιό της πρόσθιας μοίρας της έλικας του προσαγωγίου για το επίπεδο του πόνου. Αυτό εξηγείται ανάλογα με τις πεποιθήσεις των ατόμων για την αποφυγή κινήσεων ή δραστηριοτήτων εξαιτίας του φόβου του πόνου που αυτοί εκδήλωναν (Meier et al., 2015· Barke et al., 2016). Όσον αφορά τις παρεμβάσεις, στόχος για την αποτελεσματικότερη θεραπεία είναι η μείωση του φόβου για τον πόνο, η βελτίωση της σωματικής λειτουργικότητας και επιστροφή του ατόμου, αλώβητο, πίσω στην καθημερινότητα (Wertli et al., 2014).

3.5.1.3 Μυοσκελετικός πόνος και πόνος στις αρθρώσεις

Ο King και οι συνεργάτες του (2011) σε μια συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν, ανέφεραν πως ο πόνος στη πλάτη είναι σύνηθες φαινόμενο σε παιδιά και εφήβους, με μέση διάρκεια παραμονής του περίπου ένα μήνα. Οι περισσότερες αναφορές μυοσκελετικού πόνου στα παιδιά και στους εφήβους ήταν συνήθως αποτέλεσμα αθλητικού τραυματισμού. Όσον αφορά την «ινομυαλγία», τα διαγνωστικά κριτήρια δεν έχουν επικυρωθεί ακόμα για τα παιδιά και τους εφήβους και ο όρος που χρησιμοποιείται συνηθέστερα για να περιγράψει την συγκεκριμένη κατάσταση είναι ο «εκτεταμένος μυοσκελετικός πόνος». Οι περισσότερες μελέτες που είναι βασισμένες στον μυοσκελετικό πόνο σε παιδιά και εφήβους, αναφέρουν πως αυτός παρουσιάζεται συχνότερα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια (King et al., 2011).

Τα προειδοποιητικά σημάδια, τα οποία ενδέχεται να φανερώσουν μυοσκελετικό ή αρθρικό πόνο και χρήζουν περαιτέρω έρευνας, είναι τα εξής:

- Αρθραλγία: λαιμός, καούρα, οίδημα
- Πόνος: πρωινή δυσκαμψία
- Πόνος σε κατάσταση ηρεμίας
- Πόνος κατά την διάρκεια της νύχτας (μειώνεται με το μασάζ)
- Διαταραχή ανάπτυξης
- Απώλεια βάρους
- Μη φυσιολογικά αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων (CBC,CRP,ESR)

3.5.1.4 Σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου

Το σύνδρομο του σύνθετου περιφερειακού πόνου (CRPS), ή αλλιώς σύνδρομο αντανάκλαστικής συμπαθητικής δυστροφίας είναι μια χρόνια πάθηση πόνου η οποία οφείλεται στην αποστολή υψηλών επίπεδων νευρικών ερεθισμάτων σε μια προβληματική περιοχή. Οι ειδικοί εκτιμούν πως το γεγονός αυτό οφείλεται στη δυσλειτουργία του κεντρικού ή περιφερειακού νευρικού συστήματος. Η CRPS είναι μια αρκετά περίπλοκη κατάσταση πόνου που πολλοί δεν δύναται να κατανοήσουν. Παρουσιάζεται κατά κύρια βάση μετά από τραυματισμό κυρίως στα άκρα (χέρια, πόδια) και ο πόνος είναι έντονος και επίμονος. Τα παιδιά, τα οποία πάσχουν από CRPS διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μείωσης της λειτουργικότητας του προσβεβλημένης περιοχής και η φυσικοθεραπεία αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό κομμάτι της ανάρρωσης τους (Friedrichsdorf et al., 2016).

Τα συμπτώματα του CRPS περιλαμβάνουν:

- Πόνο στα άνω και κάτω άκρα, τους αστραγάλους
- Εξάπλωση του πόνου σε ολόκληρο το άκρο, ακόμα και μετατόπιση του στο αντίθετο άκρο
- Πόνος ο οποίος παραμένει ακόμα και μετά από την επούλωση του τραύματος.
- Πόνος που εμφανίζεται μετά από ένα τραυματικό συμβάν (σπασμένο κόκαλο, μετά από πτώση)
- Πόνος δυσανάλογος με την σοβαρότητα του τραυματισμού
- Πόνος που περιγράφεται ως κάψιμο, θερμό ή ψυχρό άκρο, οίδημα, δυσκαμψία, αλλαγή στο χρώμα του δέρματος, αλλαγή στη υφή του δέρματος

Η πραγματική αιτία του CRPS φαίνεται να είναι πολυδιάστατη και κατά συνέπεια απροσδιόριστη. Ωστόσο, οι υπερβολικοί τραυματισμοί, το ψυχολογικό stress, οι διατροφικοί παράγοντες και οι ορμονικές αλλαγές είναι στοιχεία τα οποία το επηρεάζουν.

3.5.1.5 Αποκατάσταση πόνου

ι. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φυσικοθεραπεία και η άσκηση αποτελούν τους βασικούς τρόπους για την θεραπεία των παιδιατρικών ασθενών με πρωτοπαθή διαταραχή πόνου ή CRPS (82-4-6, 92-3-4-5-). Τα παιδιά και οι έφηβοι με χρόνια πόνο συνηθίζουν να εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας (Wilson, 2012) Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει, πως η φυσική δραστηριότητα επηρεάζει τη ψυχολογία των παιδιών και μειώνει τον

κίνδυνο κατάθλιψης (Jerstad et al., 2012). Ο φυσικοθεραπευτής είναι ο πλέον κατάλληλος επαγγελματίας υγείας που μπορεί να βοηθήσει στην διευκόλυνση της κίνησης, την αποκατάσταση της βλάβης και την μείωση του πόνου. Βάζει σε χρήση ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα που καλύπτει τις εκάστοτε ανάγκες του κάθε παιδιού και έχει ως στόχο την επαναφορά της λειτουργικότητας (π.χ. το παιδί να επιστέψει στις δραστηριότητες που είχε). Η πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν από χρόνια πόνο και υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία διαπιστώνεται πως αποκαθίστανται. Ο πόνος είναι ένα συναίσθημα, το οποίο εύλογα διαταράσσει την σωματική δραστηριότητα και κατά συνέπεια την κοινωνικότητα των ασθενών. Άρα η παραπομπή των παιδιών-εφήβων σε έναν εξειδικευμένο φυσικοθεραπευτή αποτελεί αναγκαιότητα για την αποκατάσταση του χρόνιου πόνου.

ii. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι αγχώδεις, καταθλιπτικές και συμπεριφορικές διαταραχές αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εξέλιξη ενός πόνου σε χρόνια (Tegethoff et al., 2015). Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ακόμα και χαμηλό επίπεδο άγχους, η παρουσία του πόνου ενδέχεται να προκαλέσει ακόμα και μεγάλη αναπηρία. Οι ψυχολογικές θεραπείες μειώνουν αισθητά την ένταση και την διάρκεια του πόνου σύμφωνα με έρευνες βασισμένες σε παιδιά και εφήβους που πάσχουν από μυοσκελετικό πόνο, κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος και αρθρικό πόνο (Palermo et al., 2010· Eccleston et al., 2014). Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) βοήθησε και αυτή με την σειρά της, σημαντικά στην αντιμετώπιση του πόνου τόσο στα παιδιά, όσο και στους εφήβους (Kashikar - Zuck et al., 2013). Ο ρόλος των ψυχολόγων είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την αντιμετώπιση του φόβου που σχετίζεται με τον πόνο, την ανάπτυξη των δεξιοτήτων και την ώθηση των ασθενών να επανέλθουν με ομαλό τρόπο πίσω στην καθημερινή τους ζωή.

iii. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η κοινωνικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή των παιδιών και των εφήβων. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν τέσσερις παράμετροι, οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχοσύνθεση του ατόμου σε αυτή την φάση της ζωής του και αυτές είναι ο αθλητισμός, η κοινωνικότητα, το σχολείο και ο ύπνος. Αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι στην ζωή και την καθημερινότητα των περισσότερων παιδιών και είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την κοινωνικοποίηση τους.

- i. Ο αθλητισμός: Όπως προαναφέραμε σε παιδιατρικό ασθενή με χρόνια πόνο μεγάλη έμφαση δίνουμε στην αποκατάσταση της δραστηριότητας μέσω της φυσικοθεραπείας. Στόχος είναι η επιστροφή του ασθενή σε ένα φυσιολογικό σχήμα σωματικής άσκησης και αθλητισμού.
- ii. Κοινωνικότητα: Οι έφηβοι που πάσχουν από χρόνια πόνο συχνά τείνουν προς την απομόνωση διότι δεν αντιλαμβάνονται του φίλους ως παροχή στήριξης και συχνά αποφεύγουν τις κοινωνικές συναθροίσεις (Forgeron et al., 2011). Η κοινωνική ζωή των περισσότερων ασθενών με χρόνια πόνο διαταράσσονται συνήθως από διάφορους λόγους, μεταξύ των οποίων είναι η αδυναμία να συμβαδίσουν με τους συνομηλίκους τους. Αυτός είναι και ο λόγος λοιπόν που αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και τις αθλητικές, εξωσχολικές δραστηριότητες. Ο οικογενειακός θεραπευτής και ο ψυχολόγος είναι αυτοί που πρέπει να συνεργασθούν με τον ασθενή και την οικογένεια του, ώστε να ανακτήσουν και να αναδιαμορφώσουν μια ισορροπημένη κοινωνική ζωή.
- iii. Ύπνος: Η πλειοψηφία των παιδιών με χρόνια πόνο παρουσιάζουν δυσκολίες στον ύπνο. Πιο συγκεκριμένα εμφανίζουν προβλήματα στην έναρξη, την

συντήρηση και πρόωρη αφύπνιση τους (Palermo et al., 2011). Αυτά τα προβλήματα ύπνου τείνουν να είναι επίμονα και επηρεάζουν αρνητικά τα παιδιά επηρεάζοντας με αυτόν τον τρόπο την ποιότητα ζωής τους (Palermo et al., 2012). Οι γονείς των ασθενών εκπαιδεύονται ώστε να καταφέρουν να βοηθήσουν τα παιδιά να ξυπνούν το πρωί, να τους ετοιμάζουν πρωινό και να παρακολουθούν συστηματικά την προσωπική τους υγιεινή.

- iv. Σχολείο: Ο κοινωνικός λειτουργός με την βοήθεια του ψυχολόγου και σε συνεργασία με το παιδί, την οικογένεια του και το σχολείο καλούνται να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν ένα εξατομικευμένο σχέδιο επανεισαγωγής του παιδιού στη σχολική κοινωνία. Ο κοινωνικός λειτουργός, βοηθάει τον γονέα να αναπτύξει και αυτός με την σειρά του ένα σχέδιο για να ασφαλίσει την σχολική φοίτηση του παιδιού του.

3.5.2 Κινησιοφοβία και κατάθλιψη

Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη από τον Αύγουστο του 2018 έως τον Αύγουστο του 2019, φάνηκε ότι οι ασθενείς που παρουσιάζουν χαμηλό πόνο στην πλάτη και κατάθλιψη, παρουσιάζουν μεγαλύτερη ένταση πόνου, μεγαλύτερο φόβο κίνησης και κατά συνέπεια χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Οι ερευνητές εξέτασαν 193 άτομα και από τα δύο φύλα ηλικίας από δέκα-οκτώ έως εξήντα ετών, οι οποίοι εμφάνισαν χρόνια πόνο στην πλάτη για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών. Πιο συγκεκριμένα, συμμετείχαν ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές (εγκεφαλική παράλυση, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο του Parkinson), ασθενείς που έχουν υποστεί οποιασδήποτε μορφής κατάγματα, ασθενείς που βρίσκονται σε μετεγχειρητική διαδικασία οποιασδήποτε φύσης, άλλοι με οξείες ασθένειες, με χρόνια ογκολογικό πόνο καθώς και ασθενείς με χρόνια πόνο χαμηλά στην πλάτη χωρίς όμως την παρουσία μυοσκελετικών αιτιών. Οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ένα κοινωνικοδημογραφικό κλινικό ερωτηματολόγιο στο οποίο εφαρμόστηκαν συγκεκριμένα μέσα για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, του πόνου, της Κινησιοφοβίας και της ποιότητας ζωής (Siqueira et al., 2007).

Ο φόβος της κίνησης, εκτιμήθηκε με βάση την κλίμακα Tampa με στόχο την αξιολόγηση της Κινησιοφοβίας και το ενδεχόμενο επανάληψης της βλάβης. Αποτελείται, όπως έχουμε ήδη αναφέρει διεξοδικά σε προηγούμενο κεφάλαιο από δεκαεπτά ερωτήσεις σχετικά με τον πόνο. Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να κυμαίνεται τουλάχιστον από το δεκαεπτά και να μην υπερβαίνει το εξήντα-οκτώ πόντους. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο υψηλότερος είναι και ο βαθμός της Κινησιοφοβίας, υποδεικνύοντας ότι το άτομο φοβάται να κινηθεί εξαιτίας του φόβου (Siqueira et al., 2007).

Όλα τα θέματα, τα οποία αξιολογήθηκαν (πόνος, κινησιοφοβία και ποιότητα ζωής), παρουσιάζουν δυσμενή αποτελέσματα όταν συνδυάζονται με τα συμπτώματα του χρόνιου πόνου στην πλάτη και με κατάθλιψη. Πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν την συσχέτιση μεταξύ του χρόνιου πόνου και της κατάθλιψης, αλλά η βάση αυτής της σύνδεσης δεν έχει ακόμα εδραιωθεί (Haggman et al., 2004· Atalay et al., 2001). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η σοβαρότητα της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια πόνο στην πλάτη, σχετίζεται με την μεγάλη διάρκεια παραμονής της έντασης του πόνου. Παρατηρώντας, όμως, τα δεδομένα και από μια άλλη σκοπιά δεν πρέπει να υποβιβάζουμε και το ενδεχόμενο, η κατάθλιψη να επηρεάζει και να αυξάνει την ευαισθησία του ασθενή στο βίωμα του πόνου (Rush et al., 2000· Hurwitz, & Morgenstern, 2003)

Όσον αφορά την κινησιοφοβία, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με κατάθλιψη που πάσχουν από χρόνια πόνο στην μέση, παρουσιάζουν μεγαλύτερο φόβο κίνησης, σωματικής άσκησης και είναι πιο ευαίσθητα στον πόνο καθώς ανησυχούν για τυχόν επανάληψη του τραυματισμού. Πρόσφατες έρευνες υπογραμμίζουν ότι οι ψυχολογικές πτυχές όπως ο φόβος της κίνησης και της κατάθλιψης θα πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα σε ασθενείς με χρόνια πρόβλημα οσφυαλγίας, δεδομένου ότι αποτελεί πρόβλεψη για πιθανή δυσμενή έκβαση της κατάστασης (Leeuw et al., 2007· Boersma & Linton, 2006).

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την εν λόγω έρευνα για την συσχέτιση της Κινησιοφοβίας με της κατάθλιψη, παρατηρούμε πως ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με οσφυαλγία ήταν αρκετά υψηλός, σε ποσοστό 32,1%. Οι ασθενείς με κατάθλιψη παρουσίαζαν μεγαλύτερη ένταση πόνου, μεγαλύτερο φόβο κίνησης, δραστηριότητας και σωματικής άσκησης. Η κατάθλιψη ακόμα συνδέθηκε με την φτωχότερη ποιότητα ζωής. Το γεγονός αυτό το επιβεβαιώνουν οι ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν προβλήματα στην λειτουργική τους ικανότητα, στον περιορισμό κίνησης, στις συναισθηματικές τους διακυμάνσεις, στην γενικότερη κατάσταση της υγείας τους, την κοινωνική τους ζωή και στην ψυχική τους υγεία.

3.5.3 Κινησιοφοβία και ηλικιωμένοι

Ο επίμονος πόνος, δηλαδή ο πόνος που διαρκεί περισσότερο από έξι μήνες παρουσιάζεται ως ένα πολύ κοινό πρόβλημα στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ινστιτούτο Ιατρικής (ΗΠΑ), υπολογίστηκε ότι περισσότεροι από 116 εκατομμύρια Αμερικάνοι υποφέρουν από επίμονο πόνο (Institute of Medicine (US), 2011). Οι επίμονες καταστάσεις πόνου είναι πολύ πιθανότερο να επηρεάζουν τους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τους νεότερους ή τους μεσήλικες (Edwards et al., 2003). Οι ηλικιωμένοι με επίμονο πόνο εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά σωματικής αναπηρίας και ελάχιστες είναι οι φορές που καταφέρνουν να διατηρήσουν ένα ανεξάρτητο και λειτουργικά αποτελεσματικό τρόπο ζωής. Σε ηλικιωμένους, υψηλότερα επίπεδα πόνου έχουν επίσης συνδεθεί με την γνωστική δυσλειτουργία, την αυξημένη ψυχολογική δυσχέρεια και το μεγαλύτερο κίνδυνο διάγνωσης άγχους ή διαταραχής διάθεσης (Moriarty et al., 2011· Gerrits et al., 2012). Με όλο και περισσότερες ενδείξεις για τον αντίκτυπο του επίμονου πόνου στην ψυχολογική, κοινωνική λειτουργία καθώς και στην σωματική λειτουργικότητα, έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τη χρήση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για την διαχείριση του.

Ιστορικά, η αντιμετώπιση του πόνου στους ηλικιωμένους βασιζόταν σε ένα ιατρικό μοντέλο που αντιμετώπιζε τον πόνο ως ένα προειδοποιητικό σημάδι τραυματισμού ή βλάβης ιστών. Ωστόσο, με το πέρασμα του χρόνου όλο και περισσότεροι εμπειρογνώμονες του συστήματος υγείας έμεναν δυσαρεστημένοι με το ιατρικό μοντέλο διότι δεν εξηγούσε αρκετές παραμέτρους. Αρχικά, ο πόνος που αναφερόταν από τους ηλικιωμένους συχνά εμφάνιζε πολύ μικρή συσχέτιση με στοιχεία πάθησης του ιστού, οι θεραπείες που είχαν σχεδιαστεί είχαν ως στόχο να την εξαλείψουν ή να διορθώσουν τον τραυματισμό των ιστών και οι ψυχολογικοί-κοινωνικοί παράγοντες δεν συμπεριλαμβάνονταν στην θεραπεία.

Την τελευταία δεκαετία, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί ως μια χρήσιμη προσέγγιση για τον καλύτερο προσδιορισμό του πόνου στους ηλικιωμένους. Με βάση το μοντέλο, υποστηρίζεται ότι ο πόνος είναι μια πολύπλοκη

εμπειρία που επηρεάζεται τόσο από το βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό πλαίσιο. Το σύστημα, επομένως, είναι δυναμικό και αλληλοσυνδεόμενο. Συνεπώς, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε ένα πλαίσιο, μπορούν να επηρεάσουν και άλλα πλαίσια.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Όπως μπορεί να αναμένεται, οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο (καρκίνος, σοβαρή οστεοαρθρίτιδα), τείνουν να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα πόνου, αν και η συσχέτιση μεταξύ των δεικτών της νόσου και της αναφοράς του πόνου είναι συνήθως μέτρια (Sadosky et al., 2010· Weingart et al., 2012). Οι δείκτες φλεγμονής είναι αυτοί οι οποίοι έχουν βρεθεί πως σχετίζονται με τον αυξημένο πόνο και επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου σε ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα (Attur et al 2011). Πρόσφατες μελέτες, δείχνουν πως μπορεί να υπάρχουν διαφορές στην δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν έντονο και επίμονο πόνο. Για παράδειγμα, οι Moayedī και οι συνάδελφοι του (Moayedī et al., 2012) αναφέρουν ότι στη σύγκριση μεταξύ ατόμων χωρίς πόνο και ασθενών που πάσχουν από επίμονο πόνο, οι δεύτεροι είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν εγκεφαλική ατροφία λόγω ηλικίας. Η χρήση των φαρμάκων για την μείωση του πόνου μπορεί να επηρεαστεί λόγω των φυσιολογικών αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία και τροποποιούν την απορρόφηση των φαρμάκων, την βιοδιαθεσιμότητα τους και τον χρόνο διέλευσής τους στον οργανισμό. Επιπλέον, οι ψυχολογικοί παράγοντες (φόβοι παρενεργειών, απόψεις περί πόνου) καθώς και οι παράγοντες συμπεριφοράς είναι πιθανό να έχουν αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας του πόνου (Fine et al., 2009).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η ψυχολογία του ηλικιωμένου ατόμου (διαταραχή διάθεσης- κατάθλιψη), συνδέεται άρρηκτα με το αυξημένο αίσθημα πόνου. Με το πέρασμα των χρόνων όλο και πιο συχνά αναγνωρίζεται πως οι γνωστικοί παράγοντες συμπεριφοράς (καταστροφικός πόνος, φόβος που σχετίζεται με τον πόνο) καθιστούν ένα χρήσιμο εργαλείο για την κατανόηση του πόνου και της αναπηρίας στους ενήλικες. Ο καταστροφικός πόνος, προσδιορίζεται, με την τάση του ατόμου να επικεντρώνεται και να μεγεθύνει τις αισθήσεις του πόνου και να αισθάνεται αβοήθητος μπροστά σε αυτόν. Πολλές μελέτες έχουν δείξει την συσχέτιση μεταξύ του καταστροφικού πόνου με την αυξημένη ένταση του και την αναπηρία (Cook et al., 2006· Woby et al., 2007). Η έρευνα ακόμα παρουσιάζει τις διαφορετικές επιπτώσεις αυτού ανάμεσα στα νεότερα και τα γηραιότερα άτομα. Ο Ruscheweyh και οι συνάδελφοι του (Ruscheweyh et al., 2011) διαπίστωσαν πως ο καταστροφικός πόνος οφείλεται αρκετά στον συναισθηματικό τομέα (θυμός, θλίψη, άγχος) στα νεαρά άτομα. Ωστόσο, η καταστροφική διάθεσή του (ένταση πόνου στη μέση) συνδέθηκε περισσότερο με τους ηλικιωμένους καθώς εξακολουθεί να αποτελεί έναν βαρυσήμαντο παράγοντα κινδύνου στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Μια ακόμα σημαντική μεταβλητή για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας είναι ο φόβος της κίνησης, ο οποίος σχετίζεται με τον πόνο. Το αίσθημα του πόνου, αναφέρεται σε υπερβολικό βαθμό και προκαλεί εξουθενωτικό φόβο για την σωματική κίνηση και δραστηριότητα του ατόμου (Swinkels - Meewisse et al., 2003). Ο φόβος της κίνησης που σχετίζεται με τον πόνο ενδέχεται να οδηγήσει τους ηλικιωμένους σε αποφυγή μετακίνησης και δραστηριοτήτων, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την αναπηρία και την τάση του ατόμου σε κατάθλιψη (Cumming et al., 2000). Στην

περίπτωση των ηλικιωμένων, ο φόβος που σχετίζεται με τον πόνο και την αποφυγή κινήσεων μπορεί να περιπλέκεται ακόμη περισσότερο και από τον φόβο της πτώσης.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Οι μεταβολές στο περιβάλλον της οικογένειας, της κοινότητας, της εργασίας και της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την προσαρμογή του ηλικιωμένου στον πόνο και τον φόβο. Η κοινωνική απομόνωση σε συνδυασμό με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι δύο παράγοντες που έχουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό αντίκτυπο στον πόνο και στην αναπηρία των ηλικιωμένων. Συχνά και σχεδόν καθημερινά αντιμετωπίζουν σημαντικές κοινωνικές απώλειες (απώλεια αγαπημένου προσώπου, απώλεια κοινωνικής θέσης, ανεξαρτησίας) και δυσκολία στην διατήρηση των κοινωνικών τους σχέσεων, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην επιδείνωση των επίμονων πόνων. Με την σειρά του, ο επίμονος πόνος, συμβάλλει και αυτός στην μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση καθώς μέρα με την μέρα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ξοδεύουν λιγότερο χρόνο στην κοινωνική ζωή. Βιώνουν εντονότερα τους περιορισμούς στις κοινωνικές και ψυχαγωγικές τους δραστηριότητες και με αυτόν τον τρόπο μειώνεται η ικανοποίησή τους για την συνεισφορά και την διεκπεραίωση του κοινωνικού τους ρόλου (J Am Geriatr Soc., 2002). Επιπλέον, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση παρουσιάζει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και συνδέεται με την επιτάχυνση της βιολογικής γήρανσης (Machado et al., 2008).

3.5.3.1 Θεραπεία και συνυπάρχουσες ασθένειες

Οι ηλικιωμένοι συχνά αισθάνονται τον πόνο ως ένα αποτέλεσμα που προέρχεται από διάφορες άλλες συνυπάρχουσες συνθήκες. Μερικές από αυτές μπορεί να είναι ο καρκίνος, τα κατάγματα, η κατάθλιψη, η παχυσαρκία. Υπάρχουν πολλές ασθένειες που σχετίζονται με χρόνια πόνο ανά συστήματα (Reid, Eccleston & Pillemer, 2015):

- i. Δερματολογία: πίεση, εγκαύματα, ισχαιμικά έλκη
- ii. Γαστρεντερική: παρακέντηση, ευερέθιστο έντερο, φλεγμονώδη νόσο εντέρου
- iii. Καρδιαγγειακά: καρδιακή νόσος, περιφερική αγγειακή νόσος
- iv. Πνευμονικά: χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πλευρίτιδα
- v. Ρευματολογία: οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, σπονδυλική στένωση, μυοφασικά σύνδρομα, κατάγματα σχετιζόμενα με οστεοπόρωση
- vi. Ενδοκρινικά: διαγνωστική νευροπάθεια, ασθένεια του Paget
- vii. Νεφρολογικά: χρόνια κυστίτιδα, νεφρική νόσος τελικού σταδίου
- viii. Ανοσοποιητικό σύστημα: έρπης ζωστήρας, HIV/AIDS
- ix. Νευρολογία: κεφαλαλγία, περιφερικές νευροπάθειες, νόσος του Πάρκινσον, πόνος μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο
- x. Ογκολογία: καρκίνος
- xi. Καταστολή, τενοντίτιδα, θυλακίτιδα

Σε ορισμένες περιπτώσεις για να αντιμετωπιστεί ο πόνος, θα πρέπει πρώτα να εξαλείψουμε τα συνυφασμένα προβλήματα που συμβάλουν σε αυτόν. Τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης έρευνας σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και παχυσαρκία, που είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση για την αντιμετώπιση του πόνου και της συμπεριφοριστικής διαχείρισης του βάρους, είχαν πολύ θετικότερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την συνήθη παρέμβαση φροντίδας. Οι ασθενείς σε αυτή την συνδυασμένη παρέμβαση, είχαν σημαντικές μειώσεις στο πόνο, το βάρος, την σωματική αναπηρία, τη δυσκαμψία και παρουσίασαν αυξημένη δραστηριότητα και αυτοφροντίδα (Gignac et al., 2006).

3.5.3.2 Αξιολόγηση πόνου με μειωμένη γνωστική ικανότητα

Οι ηλικιωμένοι με περιορισμένες λεκτικές ή γνωστικές ικανότητες χρειάζονται ειδική προσέγγιση για μια πιο αποτελεσματική αξιολόγηση. Προτείνεται μια ιεραρχία τεχνικών, η πρώτη είναι μια προσπάθεια ανάκτησης δεδομένων αναφοράς του ασθενούς από τον ίδιο για τις πιθανές αιτίες του πόνου και η δεύτερη περιλαμβάνει τη λήψη πληροφοριών από το οικογενειακό του περιβάλλον με σκοπό την ολιστική ενημέρωση των αρμόδιων φροντιστών για τις αλλαγές ή τη συμπεριφορά στη δραστηριότητα (Herr et al., 2011).

Μια τέτοια τεχνική είναι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, CBT. Τα αποτελέσματα αν και μικτά, λόγω της συμπεριλαμβανομένης αυξημένης συναισθηματικής ευεξίας και των μειωμένων επιπέδων πόνου είναι ωφέλιμα για τους ασθενείς (Martire et al., 2008). Σε γενικό πλαίσιο η CBT βοηθά τους ασθενείς να μεταβάλλουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον πόνο. Οι ασθενείς εκπαιδεύονται σε μια ποικιλία ικανοτήτων, δραστηριοποίησης, χαλάρωσης, απόσπασης προσοχής από τον πόνο, γνωστικής αναδιάρθρωσης και επίλυσης προβλημάτων. Πιο συγκεκριμένα, στους ηλικιωμένους που παρουσιάζουν μειωμένη γνωστική ικανότητα οι κλινικοί ιατροί οφείλουν να εξετάζουν τη λογική, την καθοδηγούμενη πρακτική και τις πρακτικές οικιακής άσκησης σε γραπτές και λεκτικές φόρμες.

Πίνακας 3: Επισκόπηση τριών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται στην διαχείριση του πόνου σε ηλικιωμένους (Keefe, Porter, Somers, Shelby & Wren, 2013)

Παρέμβαση	Στόχος	Τα συστατικά της θεραπείας	Αποτελέσματα έρευνας
CBT	Αλλάξτε τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον πόνο	Οι ασθενείς παρακολουθούν 6-12 συνεδρίες για να μάθουν και να εξασκήσουν τις δεξιότητες διαχείρισης πόνου, συμπεριλαμβανομένης της χαλάρωσης, απόσπασης προσοχής, δραστηριοποίησης, γνωσιακής αναδιάρθρωσης και επίλυσης προβλημάτων	Καλή τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα
Συναισθηματική αποκάλυψη	Η ικανότητα να γνωρίζετε, να προσδιορίζετε, να εκφράζετε και να επεξεργάζεστε αρνητικά συναισθήματα	Οι ασθενείς γράφουν ή μιλούν για αρκετές 15-20 λεπτά συνεδρίες σχετικά με τις βαθύτερες σκέψεις και τα συναισθήματά τους που σχετίζονται με μια αγχωτική εμπειρία	Μικτά αποδεικτικά στοιχεία, η αποτελεσματικότητα συνδέεται με τα χαρακτηριστικά προ θεραπειών των ασθενών
Μυαλό -σώμα	Καλλιέργεια ευαισθητοποίησης και αποδοχής των σωματικών και συναισθηματικών εμπειριών	Οι ασθενείς παρακολουθούν 6-8 συνεδρίες για να μάθουν και να ασκούν διαλογισμό στο μυαλό, γιόγκα ή και τα δύο σε ομαδική συζήτηση εμπειριών	Λίγες μελέτες ιδίως μεταξύ των ηλικιωμένων η προκαταρκτική έρευνα είναι πολλά υποσχόμενη

3.5.3.3 Οι επαγγελματίες υγείας στην παροχή θεραπειών

Τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συνήθως τις αναλάμβαναν οι ψυχολόγοι. Υπάρχει όμως, ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την παροχή αυτών των παρεμβάσεων από άλλους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας. Οι νοσηλευτές, κυρίως, επειδή οι ηλικιωμένοι έρχονται πιο συχνά σε επαφή μαζί τους θεωρούνται πλέον από τους πιο κατάλληλους για τον συγκεκριμένο σκοπό. Μια μελέτη από τους Ahles και τους συναδέλφους του (Ahles et al., 2006) σε ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης με προβλήματα πόνου, εξέτασε τα αποτελέσματα ενός πρωτοκόλλου για τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων/αντιμετώπισης προβλημάτων με την βοήθεια των νοσηλευτών σε σχέση με την συνήθη περίθαλψη. Το αποτέλεσμα ήταν η σημαντική μείωση του πόνου σε συνδυασμό με την βελτίωση της ψυχολογικής και της σωματικής λειτουργίας. Παρόλο, που η συμμετοχή των νοσηλευτών ήταν

περιορισμένη (τρεις τηλεφωνικές κλήσεις) οι βελτιώσεις διατηρήθηκαν και παρέμειναν αισθητές.

3.5.3.4 Εναλλακτικοί τρόποι παροχής θεραπείας

Ένα σημαντικό εμπόδιο για την ψυχοκοινωνική θεραπεία των ηλικιωμένων με σοβαρά κινητικά προβλήματα είναι ότι οι παρεμβάσεις συνήθως παρέχονται σε ειδικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Το γεγονός αυτό, αυξάνει την ανάγκη για εύρεση εναλλακτικών τρόπων παροχής των συγκεκριμένων θεραπειών, όπως για παράδειγμα η τηλεφωνική, διαδικτυακή και κινητή τηλεφωνία. Έχουν ήδη μπει σε χρήση ορισμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την διαχείριση του πόνου, μέσω τηλεδιάσκεψης, με την χρήση μηνυμάτων κειμένου, άμεσων μηνυμάτων, κινητών τηλεφώνων και συνδυασμούς αυτών. Αυτού του είδους οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχουν την υποχρέωση να είναι ευρέως διαθέσιμες στον πληθυσμό των ηλικιωμένων οι οποίοι χρήζουν μεγάλης ανάγκης (Levy, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΣΙΟΦΟΒΙΑΣ

Η πλήρης και επακριβής αναγνώριση του πόνου αλλά και της συμπεριφοράς του ασθενή οδηγεί και στην ορθή αντιμετώπιση της κινησιοφοβίας. Γι' αυτό, απαιτείται η ακριβής διάγνωση και εκτίμηση του φόβου της κίνησης αλλά και της τυχόν συνυπάρχουσας επώδυνης παθολογίας, προκειμένου να υπάρξει η ολιστική αντιμετώπιση. Επιπλέον, για την επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η πρόληψη της μετατροπής του πόνου από οξύ σε χρόνιο καθώς και η πρόληψη εθισμού του ασθενούς στα αναλγητικά ή αγχολυτικά χάπια. Απαραίτητη κρίνεται και η κινητική επανεκπαίδευση με σκοπό ο ασθενής να κινητοποιείται άμεσα μέσω εξατομικευτικών προγραμμάτων. Από την άλλη πλευρά, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, μέσω της έκθεσης του ασθενούς στο φοβικό αντικείμενο, ενισχύεται η αυτο-παρατήρηση και η αυτο-αξιολόγηση του πόνου, αλλά και η άμεση κινητοποίηση του ασθενούς προκειμένου να αντιμετωπίσει τη φοβία του (Lundberg et al., 2006· Cuming et al., 2009· Nijls et al., 2012).

4.1 Φυσιοθεραπεία

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με ισχιαλγία, διαπιστώθηκε ότι η φυσιοθεραπεία μπορεί πράγματι να βελτιώσει την κινησιοφοβία. Η κινησιοφοβία, όπως προαναφέρθηκε, είναι ο παράλογος φόβος επανατραυματισμού λόγω της κίνησης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: στην πρώτη ομάδα οι ασθενείς ακολούθησαν αγωγή από γενικό ιατρό ενώ στη δεύτερη προστέθηκε και φυσικοθεραπευτική αγωγή. Αρχικά, υπολογίστηκε η κινησιοφοβία με την κλίμακα Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) και με ένα αντίστοιχο ερωτηματολόγιο (SQK). Ο πόνος και η λειτουργικότητα αξιολογήθηκαν στην παρακολούθηση των 3 και 12 μηνών που ακολούθησαν. Η ανάλυση παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ του επιπέδου της κινησιοφοβίας, κατά την έναρξη και την διάρκεια της θεραπείας. Μετά το τέλος της αγωγής, πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων θεραπείας, από την οποία προέκυψε ότι οι ασθενείς της πρώτης ομάδας δήλωσαν υψηλό φόβο στην κίνηση, ενώ αυτοί της δεύτερης που ακολούθησαν και φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα βρέθηκαν να έχουν μικρότερο φόβο στην κίνηση, αλλά και μειωμένο πόνο στο πάσχον σκέλος (Verwoerd et al., 2015).

Επιπλέον, η φυσιοθεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάκαμψη τραυματισμών του γόνατος, καθώς δυναμώνει τον τετρακέφαλο και τους οπίσθιους μηριαίους διευκολύνοντας την κίνηση της βάδισης. Ασθενείς που βρίσκονται στην ανάκαμψη μετά από συνδεσμοπλαστική του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου δήλωσαν ότι η φυσιοθεραπεία τόσο στο σπίτι όσο και σε εξωτερικό περιβάλλον, συνέβαλε στην ανάκτηση του εύρους της κίνησης του γόνατος μειώνοντας παράλληλα το φόβο τους για συγκεκριμένες κινήσεις. Με κατ' οίκον ασκήσεις κατόρθωσαν να μεγιστοποιήσουν τη δύναμη, την κίνηση και τη λειτουργικότητά τους. Μάλιστα, ασθενείς που ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα στο γόνατο, τους πρώτους 6 μήνες μετά την επέμβαση, φάνηκε ότι παρακολούθησαν μεγαλύτερο ποσοστό θεραπευτικών συνεδριών, έκαναν μεγαλύτερη προσπάθεια, ακολούθησαν καλύτερα τις οδηγίες και ήταν πιο δεκτικοί σε αλλαγές κατά τη διάρκεια των συνεδριών αποκατάστασης (AOC, 2018).

Όσον αφορά τα πρωτόκολλα φυσιοθεραπείας, η συμμόρφωση του ασθενούς καθορίζεται σημαντικά από τον παράγοντα της αυτοπαρακίνησης. Δυστυχώς, πολλοί ασθενείς δεν επιτυγχάνουν να διατηρήσουν την αυτοπαρακίνησή τους, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται και η διαδικασία της αποκατάστασής τους. Σε αυτές, τις περιπτώσεις, εξωγενείς παράγοντες, όπως το κοινωνικό περιβάλλον ή θεραπευτές, λειτουργούν ως κινητήρια δύναμη για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες της αποκατάστασης. Ωστόσο, πέρα από την έλλειψη αυτοπαρακίνησης, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που λειτουργούν ανασταλτικά στη συμμόρφωση των ασθενών στις φυσικοθεραπευτικές συνεδρίες, όπως η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη κινήτρων και ο φόβος επανατραυματισμού (ΑΟΚ, 2018).

4.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση: ο ρόλος του νοσηλευτή υγείας

Για την νοσηλευτική αντιμετώπιση της κινησιοφοβίας απαιτείται αρχικά η αναγνώριση των θετικών και αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενούς σε σχέση πάντα με το φόβο για τη συγκεκριμένη κίνηση, που θα διευκολύνει και την τροποποίηση της στάσης μέσω ψυχολογικών παρεμβάσεων. Χαρακτηριστικά όπως η υψηλή αυτεπάρκεια, ο αυτοέλεγχος, η αυτοεκτίμηση, η αισιοδοξία, η εμπιστοσύνη, το κίνητρο και το χαμηλό άγχος, συμβάλλουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της κινησιοφοβίας.

Ο νοσηλευτής αδιαμφισβήτητα αποτελεί έναν από τους επαγγελματίες υγείας, ο οποίος δρα μέσα στην ομάδα με κύριο μέλημα του την φροντίδα υγείας στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses-ICN), η νοσηλευτική είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας. Κύριο μέλημά της είναι η προαγωγή υγείας, η πρόληψη της νόσου, η φροντίδα των ασθενών, των ατόμων με αναπηρία και των ατόμων στο τελικό στάδιο της ζωής τους, σε όλα τα επίπεδα μέριμνας (Πρωτοβάθμια-Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια, κέντρα υγείας, κοινότητα, σπίτι, χώρος εργασίας, σχολείο).

Ο ρόλος του νοσηλευτή έχει ως κατευθυντήρια γραμμή την προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, την έρευνα, την συμμετοχή στην διαμόρφωση πολιτικών υγείας, την διαχείριση συστημάτων υγείας, ασθενών καθώς και την εκπαίδευσή τους (ICN, 1988). Συνακόλουθα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να μεριμνά στην διαμόρφωση της αυτοφροντίδας του ασθενούς και να επιδιώκει την συνεργασία του με τους υπόλοιπους κλάδους της υγείας, έτσι ώστε το πολυδιάστατο έργο του να ολοκληρώνεται επιτυχώς (Ραγιά, 1995).

4.2.1 Επαγγελματική Δεοντολογία στην Νοσηλευτική

Ο κώδικας επαγγελματικής Δεοντολογίας όσον αφορά την νοσηλευτική εκφράζει την αφοσίωση στο άτομο και την κοινωνία και αναλύει τους ρόλους και τα καθήκοντα των νοσηλευτών. Η επαγγελματική Δεοντολογία, σύμφωνα με τον ANA (American Nurses Assosiatio) και την Ελληνική Νομοθεσία απαρτίζεται από τους κώδικες που θα δούμε στην συνέχεια (Τζουνάκου 2011):

Σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια

Ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα δικαιώματα, αποτελούν μια θεμελιώδη αρχή που διέπει την Νοσηλευτική Επιστήμη. Χρέος του νοσηλευτή είναι ο απόλυτος σεβασμός στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενούς. Ακόμα οφείλει να γνωρίζει το ηθικά και νομικά δικαιώματα του και να έχει την ικανότητα να τα υποστηρίζει. Η φροντίδα που παρέχεται σε ασθενή που πάσχει από Κινησιοφοβία πρέπει να παρέχεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρεί και να προστατεύει την αυτονομία, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματά του. Ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να σέβεται τις αποφάσεις του ασθενή ακόμα και αν αυτές έρχονται σε αντίθεση με τα δικά του πιστεύω, ενώ παράλληλα, θα πρέπει να παρέχει την συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει.

Η σχέση του Νοσηλευτή με τους ασθενείς

Ο νοσηλευτής έχει την ευθύνη να παρέχει ολιστική φροντίδα σε κάθε ασθενή χωρίς προκαταλήψεις. Όσον αφορά τον νοσηλευτή που πρόκειται να αντιμετωπίσει κάποιον ασθενή με κινησιοφοβία αναπόσπαστο κομμάτι της παροχής φροντίδας του είναι ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η υλοποίηση ενός εξατομικευμένου σχεδίου για τον ασθενή (Τζουνάκου, 2011). Πρωταρχικό του μέλημα κατά την παροχή υπηρεσιών είναι η κάλυψη των αναγκών του ασθενούς και η αντιμετώπισή του ως μια ψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Ο νοσηλευτής πέρα από την ικανότητα για παροχή ποιοτικής φροντίδας πρέπει να διαθέτει και κριτική σκέψη ώστε να έχει την δυνατότητα να επαναπροσδιορίζει το σχέδιο φροντίδας, σύμφωνα με τις τρέχουσες ανάγκες οι οποίες συμβαίνει να αλλάζουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Λαμβάνει υπ' όψιν τις αξίες του ασθενή, την φυλή του, τα θρησκευτικά του πιστεύω, το κοινωνικό-οικονομικό του υπόβαθρο, το πολιτισμικό-μορφωτικό του επίπεδο, τον τρόπο και τις συνθήκες διαβίωσής του καθώς και την ηλικία του. Στην περίπτωση που η ζωή ενός ασθενούς βρίσκεται σε κίνδυνο οφείλει να προσφέρει τις υπηρεσίες του μέχρι τέλους και να μην εγκαταλείψει τις προσπάθειές του. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να εκφράζει σχόλια που ενδεχομένως να κάνουν τον ασθενή να αισθανθεί άβολα. Είναι σημαντικό στην περίπτωση ενός ασθενούς με την συγκεκριμένη φοβία, ο νοσηλευτής, να προσπαθεί κατανοήσει και να καθησυχάσει τις ανησυχίες του, να σέβεται το περιβάλλον του και να αποφεύγει διαπληκτισμούς με τους συνοδούς.

Το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον εαυτό τους και για τις παρεμβάσεις που πρόκειται να υποστούν (Τζουνάκου, 2011). Ο νοσηλευτής, έχει την υποχρέωση να ενημερώσει σωστά και λεπτομερώς τον ασθενή σχετικά με την πρόγνωση, την διάγνωση, την θεραπεία, τους κινδύνους και τα οφέλη πριν την κάθε νοσηλευτική πράξη. Πρέπει να παρέχει μια εξατομικευμένη και ολιστική φροντίδα, με τέτοιο τρόπο ώστε να προστατεύει και να διατηρεί την αυτονομία του ασθενούς, την αξιοπρέπεια, τα δικαιώματα και τέλος να σέβεται τις αποφάσεις του.

Εκπαίδευση-Νοσηλευτική Διδασκαλία

Η εκπαίδευση των ασθενών αποτελεί ηθική, δεοντολογική και νομική υποχρέωση των νοσηλευτών. Αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί με ποικίλους τρόπους όπως ο προφορικός λόγος, η χρήση οπτικοακουστικών μέσων και η παροχή ενημερωτικών φυλλαδίων. Η σωστή ενημέρωση/εκπαίδευση του ασθενή είναι πολύ σημαντική διότι με αυτή επιτυγχάνεται μια γρήγορη ανάρρωση, αυξάνεται η συνεργασία, το αίσθημα

της εμπιστοσύνης, μειώνεται το άγχος, γίνονται λιγότερα τα ερωτηματικά και τα παράπονα, μειώνεται το κόστος και επιτυγχάνεται η σωστή αντίδραση του ασθενή σε τυχόν επιπλοκές και αίσθημα πόνου.

Η επιτυχία ενός εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας προϋποθέτει την εκπαίδευση ως ένα από τα πιο βασικά και αναπόσπαστα κομμάτια της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ο νοσηλευτής για να μπορέσει να ανταποκριθεί στον ρόλο του συμβούλου, θα πρέπει να είναι ενημερωμένος σχετικά με τις δυνατότητες και τις υπηρεσίες που διατίθενται ώστε να μπορέσει να βοηθήσει το άτομο με τον πλέον κατάλληλο τρόπο. Η συμμετοχή των μελών της οικογένειας στην εκπαιδευτική διαδικασία και η λήψη ενός ρόλου «φροντιστή υγείας», θεωρείται μια βασική μεταβλητή η οποία επηρεάζει την έκβαση στην φροντίδα του ασθενούς. Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας του ασθενούς βοηθά αποτελεσματικά στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, μειώνει το stress, το κόστος της φροντίδας, της νοσηλείας και προετοιμάζει σημαντικά την διαχείριση της νόσου έξω από το νοσοκομείο (Τζουνάκου, 2011).

Στόχος κάθε επεμβατικής παρέμβασης είναι η προαγωγή της αυτοφροντίδας καθώς και η πρόληψη επιπλοκών. Οι νοσηλευτές πριν την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, οφείλουν να τους διδάξουν κάποιες συγκεκριμένες τεχνικές, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους για αυτοφροντίδα (Τζουνάκου, 2011). Το στάδιο της αποκατάστασης αποτελεί τομέα απασχόλησης των νοσηλευτών αποκατάστασης και αναλαμβάνει την αποθεραπεία του ασθενή καθώς και την συμπληρωματική εξειδικευμένη παροχή γνώσεων και φροντίδας.

Σχέσεις με τους συναδέλφους

Σημαντικό καθήκον του νοσηλευτή είναι να σέβεται όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και τους συναδέλφους του. Είναι πολύ σημαντικό να συμβιώνει με αρμονία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας όπως είναι οι βοηθοί νοσηλευτών και οι εκπαιδευόμενοι. Οφείλει να συμπεριφέρεται με επαγγελματισμό και ωριμότητα χωρίς διακρίσεις και προκαταλήψεις. Επιπλέον, απαραίτητο για την ομαλή λειτουργία της ομάδας είναι η τίμια αντιμετώπιση των συναδέλφων του ανεξαρτήτως τα θρησκευτικά τους πιστεύω, του οικονομικού-κοινωνικού και μορφωτικού τους επιπέδου, την ηλικία, την καλλιέργεια, τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις. Οποιαδήποτε διαφορά θα πρέπει να παραμερίζεται με γνώμονα το όφελος του ασθενούς. Η ευθύνη προς τους συνεργάτες του επιβάλλει (Τζουνάκου 2011):

- Ομαλή προσαρμογή ως μέλος της ομάδας
- Ηρεμία και αποδοχή κριτικής και των παρατηρήσεων, τα οποία πρέπει να κρίνονται σαν απρόσωπα στοιχεία
- Ικανότητα και προθυμία αποδοχής του ωραρίου εργασίας, επιφυλακής και αντιμετώπισης εκτάκτων περιστατικών
- Σεβασμό στην εμπιστοσύνη των άλλων και αποφυγή συζητήσεων
- Αφοσίωση στους συνεργάτες ως προς το σύνολο
- Αποφυγή συζητήσεων και κριτικής περί ικανότητας προσωπικού
- Αναγνώριση ότι το έργο του νοσηλευτή συμπεριλαμβάνει συνεχείς προσφορές και απαιτήσεις

Πρωταρχική δέσμευση του νοσηλευτή είναι ο ασθενής, είτε αυτός είναι ένα ανεξάρτητο άτομο, είτε μια οικογένεια, ομάδα ή κοινότητα. Ο νοσηλευτής προωθεί, συνηγορεί και προσπαθεί να προστατέψει την υγεία, την ασφάλεια και τα δικαιώματα

του ασθενή και οφείλει:

- Να παρέχει ενδιαφέρον για την υγεία του ασθενή
- Να προστατεύει την ιδιωτική του ζωή
- Να προστατεύει τους ασθενείς που συμμετέχουν σε έρευνα

Ο νοσηλευτής είναι ένας υπεύθυνος υπόλογος για την νοσηλευτική του πρακτική και υποχρεούται να παρέχει άριστη φροντίδα στον ασθενή. Ταυτόχρονα, οφείλει να εκτελεί τα ίδια καθήκοντα στον εαυτό του όπως και στους άλλους διατηρώντας με αυτό τον τρόπο της αξιοπρέπεια και την ασφάλεια όλων (Τζουνάκου, 2011).

4.2.2 Δικαιώματα ασθενών

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών απορρέει από διεθνείς και Ευρωπαϊκές συμβάσεις και άλλες νομικές πράξεις. Για να μπορέσει να υπάρξει ένας αποτελεσματικός μηχανισμός ελέγχου για την παρακολούθηση του σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών καθώς και για την ύπαρξη νομικής κατοχύρωσης τους, θεσπίστηκε ο νόμος περί Κατοχύρωσης και Προστασίας των Δικαιωμάτων των ασθενών (Νόμος του 20014 (1(I)/2005).

Δικαιώματα:

- Δικαίωμα σε φροντίδα υγείας και θεραπείας
- Αξιοπρεπής μεταχείριση
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
- Ισότιμη φροντίδα χωρίς δυσμενείς διακρίσεις
- Φροντίδα υγείας σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού ή σοβαρής κατάστασης κινδύνου εντός εύλογου χρόνου και κατά το μέγιστο βαθμό ικανοτήτων του παροχέα υπηρεσιών υγείας.
- Δικαίωμα στην πληροφόρηση
- Εμπιστευτικότητα
- Η φροντίδα υγείας παρέχεται με την συγκατάθεση του ασθενή στην περίπτωση που αυτή είναι δυνατό να ληφθεί, η φροντίδα υγείας που επιβάλλεται ως επείγουσα μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο αν κριθεί ότι είναι προς όφελος του ασθενή.
- Προστασία της ιδιωτική ζωής του ασθενή
- Δικαίωμα ενημέρωσης πρόσβασης και αντίρρησης σε σχέση με πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο τον ασθενή και περιλαμβάνονται σε ιατρικά αρχεία, που ο παροχέας υπηρεσιών υγείας οφείλει να τηρεί.

Λειτουργοί δικαιωμάτων ασθενών

Σε κάθε κρατικό νοσοκομείο επιβάλλεται να υπάρχει ένας Λειτουργός Δικαιωμάτων Ασθενών, ο οποίος είναι υπεύθυνος για εξής:

- Να παρέχει συμβουλές και βοήθεια σε ασθενείς με σκοπό την διαφύλαξη των δικαιωμάτων τους
- Να λαμβάνει και να διαχειρίζεται τα παράπονα των ασθενών που χρήζουν από άμεση επίλυση, διαφορετικά να τα παραπέμπει στην Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων Ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Περίπτωση ασθενή με οστεοαρθρίτιδα.

ΙΑΤΡΙΚΟ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο: ΑΚ

Όνομα πατρός: Π

Φύλο: Θήλυ

Τόπος Γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα: Νοικοκυρά

Ασφαλιστικός φορέας: ΟΓΑ

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τέκνα: 3

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών: Καμία

Ημερομηνία εισαγωγής: 27/01/2019

Διάγνωση Εισαγωγής: Οστεοαρθρίτιδα Δεξιού Γόνατος

Πηγή ιστορικού: Ο ίδιος ο ασθενής

Ασθενής εν ονόματι ΑΚ, ετών 55, εισέρχεται στο τμήμα εξωτερικών ιατρείων που πλησιέστερου νοσοκομείου, υπό την συνοδεία του συζύγου της. Η ασθενής αναφέρει άλγος στην δεξιά άρθρωση του γόνατος προ πενταετίας και επιδεινούμενο άλγος το τελευταίο δίμηνο. Το άλγος παρουσιάζεται κατά την φόρτιση αλλά και κατά την φάση ηρεμίας. Αναφέρει ακόμα, δυσκολία κατά την κάμψη του γόνατος και κατά το περπάτημα. Η εισαγωγή έγινε με την διάγνωση της «οστεοαρθρίτιδας δεξιού γόνατος, κατόπιν διεξαγωγής κλινικών εξετάσεων και διαγνωστικού ελέγχου (εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες) και προγραμματίστηκε χειρουργική επέμβαση στις 28/01/2019.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Εισόδου: 27/01/2019

Ωρα Παραλαβής: 7:00πμ

Είδος εισαγωγής: Έκτακτη

Τρόπος μεταφοράς: Περιπατητική

Συνοδεία: Σύζυγος

Λήψη πληροφοριών: Από τον ίδιο τον ασθενή

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Αλλεργίες: Καμία

Λοιμώδη Νοσήματα: Κανένα

Χρόνια Νοσήματα: Κανένα

Προηγούμενη Εισαγωγή σε νοσοκομείο-αίτια εισαγωγής: Καμία

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο πατέρας της απεβίωσε από εγκεφαλικό.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Πιθανή διάγνωση εισόδου: Οστεοαρθρίτιδα δεξιού γόνατος

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:

- Άλγος δεξιάς άρθρωσης γόνατος
- Επιδεινούμενο άλγος κατά την βάδιση
- Μειωμένος εύρος κίνησης
- Άλγος κατά την φόρτιση και κατά την ηρεμία

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Αρτηριακή Πίεση: 135/90 mmHg

Σφίξεις: 90

Αναπνοές: 25/min

Θερμοκρασία: 36,6°C

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Αισθητήρια Όργανα

Ομιλία: Καλή

Ακοή: Καλή

Όραση: Καλή

Δέρμα: Φυσιολογικό

Αναπνευστικό Σύστημα

Αναπνοή: Φυσιολογική

Βήχας: Δεν παρουσιάζει

Κυκλοφορικό Σύστημα

Καρδιακός Ρυθμός: Ρυθμικός

Πεπτικό Σύστημα

Όρεξη: Φυσιολογική

Κένωση: Φυσιολογική

Δίαιτα: Ελεύθερη

Ουροποιητικό Σύστημα: Φυσιολογικό

Μυοσκελετικό Σύστημα

Ιστορικό Κατάγματος: Κανένα

Βάδιση: Κανονική, ενίοτε βακτηρία

Αυτοεξυπηρέτηση: Ναι

Ενδοκρινολογικό Σύστημα: Φυσιολογικό

Νευρικό Σύστημα: Φυσιολογικό (προσανατολισμένη σε τόπο-χώρο-χρόνο-πρόσωπα)

Ψυχική-Διανοητική Κατάσταση

Επικοινωνία: Προφορικός Λόγος

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Κάπνισμα: Ναι, περίπου 10 τσιγάρα την ημέρα

Χρήση Οινόπνεύματος: Σπάνια

Ύπνος: 5 ώρες κάθε βράδυ

Συμβίωση: Σύζυγος

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Έγγαμος: Ναι

Τέκνα: 3

Σχέση με την οικογένειά του: Υποστηρικτική

Οικονομική Κατάσταση: Μέτρια

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Εκτίμηση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Σχεδιασμός Προγράμματος Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει δυσφορία εξαιτίας του πόνου στο δεξί γόνατο</p> <p>Ο ασθενής δυσανασχετεί να πατήσει φυσιολογικά το άκρο του</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο στο γόνατο</p> <p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική δραστηριότητα του ποδιού</p>	<p>Καθορισμός του τρόπου αντίδρασης του ασθενή στον πόνο</p> <p>Αξιολόγηση σημείων εντοπισμού πόνου (ένταση, τύπος)</p> <p>Αξιολόγηση παραγόντων που μειώνουν ή αυξάνουν την ένταση του πόνου</p> <p>Χορήγηση φυσιολογικού ορού και φαρμάκων πριν την επιδείνωση του πόνου</p> <p>Εφαρμογή μη φαρμακευτικών μέτρων για την ελαχιστοποίηση του πόνου (αλλαγή θέσης, τεχνικές χαλάρωσης, απόσπαση προσοχής)</p> <p>Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων έπειτα από ιατρική εντολή</p>	<p>Ο ασθενής παρουσιάζει ανησυχία εφίδρωση, ωχρότητα, ταχυκαρδία 130/λεπτό</p> <p>Σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα, που δόθηκε από τον νοσηλευτή στον ασθενή, εκτιμήθηκε ο πόνος του με 8/10</p> <p>Τοποθέτηση του επίπνου μέλλους, με την βοήθεια του νοσηλευτή σε ανάρροπη θέση</p> <p>Ο νοσηλευτής τοποθέτησε σε διαφορετική θέση τον ασθενή, εφάρμοσε την τεχνική απόσπασης προσοχής και χρησιμοποίησε τεχνικές χαλάρωσης</p> <p>Δόθηκε από τον νοσηλευτή η σωστή φαρμακευτική αγωγή από τον θεράποντα ιατρό</p>	<p>Ο πόνος παραμένει έντονος. Ο ασθενής παραμένει ανήσυχος παρόλη την φαρμακευτική θεραπεία με αναλγητικά καθώς και ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο</p> <p>Παρόλη την μετακίνηση, αλλαγή θέσης, τεχνικές χαλάρωσης και απόσπασης προσοχής, ο ασθενής δεν ανακουφίζεται</p> <p>Τέθηκε αναγκαιότητα χειρουργικής επέμβασης.</p>

Εκτίμηση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Σχεδιασμός Προγράμματος Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Φροντίδας	Αξιολόγηση
Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές κατά την διάρκεια του ύπνου (διακοπή ύπνου, ευερεθιστικότητα) υπνηλία εξαιτίας του άγχους	Ο ασθενής να έχει επαρκή και ποιοτικό ύπνο Ο ασθενής τις επόμενες ημέρες να είναι ήρεμος και πιο ξεκούραστος	Αξιολόγηση των αιτιών που οφείλεται η διαταραχή ύπνου Καθορισμός ευνοϊκών συνθηκών για την προαγωγή του ύπνου του ασθενή Εφαρμογή προγράμματος ύπνου Εφαρμογή μέτρων μείωσης φόβου, κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή Εξασφάλιση άνεσης πριν τον ύπνο, δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος με καλό αερισμό και θερμοκρασία Εφαρμογή μέτρων για μείωση διακοπών ύπνου (περιορισμός επισκέψεων) Αναλυτική ενημέρωση του ασθενή από τον νοσηλευτή για την επέμβαση και συζήτηση για την θετική έκβαση ή τις επιπλοκές	Ο ασθενής σύμφωνα με τις οδηγίες του νοσηλευτή προσαρμόζει κατάλληλα το πρόγραμμα του ύπνου του Ο νοσηλευτής δημιούργησε ένα κλίμα εμπιστοσύνης με τον ασθενή αφού μίλησε μαζί του, τον ενθάρρυνε και απομάκρυνε τους φόβους του Ο νοσηλευτής φρόντισε ώστε να μειωθούν οι θόρυβοι στο δωμάτιο Έκανε επαρκή αερισμό, χαμήλωσε τον φωτισμό και απομάκρυνε τους συνοδούς Ο νοσηλευτής ενημέρωσε τον ασθενή για την επέμβαση και έδωσε απαντήσεις σε όλες τις απορίες του με ειλικρίνεια.	Ο ασθενής είναι ευδιάθετος και το επίπεδο κούρασης μειώθηκε αισθητά, γεγονός που οφείλεται στην βελτίωση της ποιότητας ύπνου. Έχει δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή και ο ασθενής νιώθει ψυχολογικά έτοιμος να αντιμετωπίσει το χειρουργείο Ο ασθενής και η οικογένειά του είναι ενημερωμένοι για την επέμβαση και το σχέδιο φροντίδας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Εκτίμηση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Σχεδιασμός Προγράμματος Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Φροντίδας	Αξιολόγηση
Χειρουργική επέμβαση 28/01/2019 Αρθροπλαστική γόνατος	Ο ασθενής να είναι έτοιμος καθολικά για την χειρουργική επέμβαση ώστε να μην υπάρξουν επιπλοκές	Ενημέρωση του ασθενή για τον τύπο του χειρουργείου, τον σκοπό που εξυπηρετεί και την διάρκεια. Τόνωση του ηθικού του ασθενή Περιποίηση περιοχής που θα γίνει η επέμβαση (ξύρισμα περιοχής) Προετοιμασία εντέρου και προτροπή του ασθενούς να ουρήσει πριν την είσοδο του στο χειρουργείο Αφαίρεση ξένων σωμάτων και αντικειμένων Ένδυση του ασθενή με την χειρουργική ενδυμασία Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση εγχειρητικού δελτίου που θα συνοδεύσει τον ασθενή Καταγραφή ενεργειών που εφαρμόστηκαν στο φύλλο νοσηλείας	Ο νοσηλευτής ενημέρωσε επαρκώς τον ασθενή και απαντήθηκαν οι απορίες του Το ηθικό του ασθενή τονώθηκε Έγινε περιποίηση της περιοχής που θα γίνει η επέμβαση Ο ασθενής δεν σιτίστηκε και έγινε χαμηλός υποκλυσμός το πρωί πριν την επέμβαση Έγινε αφαίρεση όλων των ξένων σωμάτων και αντικειμένων Ο ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ενδυμασία για το χειρουργείο Έγινε λήψη ζωτικών σημείων από τον νοσηλευτή ΑΠ:130/80 mmHg ΣΦ:92 Θέρμ.:36,6°C Αναπνοές:25 Οξυγόνο: 98%	Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία με απόλυτη επιτυχία Ο υποκλυσμός απέδωσε, ο ασθενής ούρησε

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Εκτίμηση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Σχεδιασμός Προγράμματος Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Φροντίδας	Αξιολόγηση
Κίνδυνος να εμφανίσει ο ασθενής εν τω βάθει φλεβική ή πνευμονική θρόμβωση λόγω φλεβικής στάσης που οφείλετε στην περιορισμένη κινητικότητα	<p>Ο ασθενής να μην παρουσιάσει φλεβική θρόμβωση</p> <p>Ο ασθενής να μην παρουσιάσει πνευμονική εμβολή</p>	<p>Αναζήτηση σημείων και συμπτωμάτων φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Εφαρμογή μέτρων για την βελτίωση της φλεβικής επιστροφής (αποφυγή δημιουργίας θρόμβων)</p> <p>Επαρκής χορήγηση υγρών, περίπου 2500ml/ημέρα</p> <p>Διατήρηση παθητικής κίνησης του άκρου σύμφωνα με οδηγίες</p> <p>Εκτέλεση ασκήσεων άκρου για ταχύτερη έναρξη βάδισης</p> <p>Χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση σημείων και συμπτωμάτων</p> <p>Πραγματοποιήθηκε από τον νοσηλευτή λήψη ζωτικών σημείων κάθε τέσσερις ώρες ΑΠ:130/80 mmHg ΣΦ:92 Θέρμ.:36,6°C Αναπνοές:25 Οξυγόνο: 98%</p> <p>Η θερμοκρασία του άκρου είναι φυσιολογική</p> <p>Τοποθετήθηκαν αντιθρομβωτικές κάλτσες</p> <p>Ο ασθενής με την βοήθεια του νοσηλευτή και του φυσικοθεραπευτή εκτέλεσε μερικές ασκήσεις</p> <p>Χορηγήθηκε η κατάλληλη αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p>	<p>Ο ασθενής δεν παρουσίασε εν τω βάθει φλεβική ή πνευμονική εμβολή</p> <p>Βελτιώθηκε η κινητικότητα του ασθενούς</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Εκτίμηση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Σχεδιασμός Προγράμματος Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Φροντίδας	Αξιολόγηση
<p>Ο ασθενής παρουσίασε διαταραχή της κινητικότητας που οφείλεται στο πόνο και ταυτόχρονη αδυναμία στο άκρο</p> <p>Ο ασθενής φοβάται και αρνείται να κινήσει το εγχειρισμένο μέλος εξαιτίας του φόβου του πόνου</p> <p>Ο ασθενείς αισθάνεται έντονο άγχος διότι φοβάται μην πονέσει κατά την κίνηση και την αποφεύγει</p> <p>Ο ασθενής αισθάνεται αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης</p>	<p>Ο ασθενής να αποκτήσει και να διατηρήσει την μέγιστη δυνατή κινητικότητα</p> <p>Ο ασθενής να εκτελεί κίνηση του άκρου</p> <p>Ο ασθενής να απαλλαγεί από το αίσθημα του φόβου της κίνησης εξαιτίας του πόνου</p> <p>Ο ασθενής να είναι ικανός για την αυτοφροντίδα του</p>	<p>Αξιολόγηση του βαθμού κινητικότητας του ασθενή</p> <p>Σχεδιασμός αποτελεσματικού προγράμματος ασκήσεων με ισομετρικές ασκήσεις σε συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή</p> <p>Εφαρμογή μέτρων ασφαλείας για την προστασία του ασθενή λόγω αδυναμίας κίνησης</p> <p>Εφαρμογή πρόσθετων μέτρων για την αύξηση κινητικότητας του ασθενή</p> <p>Συνεργασία με εξειδικευμένο ψυχολόγο ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί τον φόβο της κίνησης</p> <p>Εφαρμογή μέτρων για την ελάττωση του άγχους και του φόβου σχετικά με το αίσθημα του πόνου</p> <p>Ψυχολογική</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε η αξιολόγηση της κινητικότητας από τον νοσηλευτή</p> <p>Εφαρμόστηκε πρόγραμμα ασκήσεων με τον φυσικοθεραπευτή</p> <p>Ο νοσηλευτής και ο φυσικοθεραπευτής ενθάρρυναν τον ασθενή για κινητοποίηση</p> <p>Τέθηκαν προστατευτικά κιγκλιδώματα στο κρεβάτι του ασθενή για να βοηθήσουν στην κίνηση</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή να χρησιμοποιεί ράβδους ανύψωσης πάνω από το κρεβάτι για μετακίνηση</p> <p>Έγινε συνεργασία του ασθενή με ψυχολόγο για την διαχείριση του φόβου της κίνησης</p> <p>Έγινε εφαρμογή μέτρων για την ελάττωση του άγχους και του φόβου σχετικά με το αίσθημα του</p>	<p>Παρατηρείται βελτίωση της κινητικότητας του ασθενή</p> <p>Η φυσικοθεραπεία λειτούργησε αποτελεσματικά στην κινητοποίηση</p> <p>Η επέμβαση του ψυχολόγου βοήθησε στη μείωση της φοβίας του ασθενούς για την κίνηση του μέλους που πονούσε</p> <p>Ο ασθενής εκπαιδεύτηκε για την αυτοφροντίδα και χάρη στον νοσηλευτή ένωσε έτοιμος και δυνατός να επιστρέψει στην καθημερινότητα του</p> <p>Η οικογένεια του ασθενή, εκπαιδεύτηκε και αυτή για την κάλυψη των αναγκών και την φροντίδα του ασθενούς</p>

		<p>στήριξη από τον νοσηλευτή και ενθάρρυνση για δραστηριότητα καθώς και διδασκαλία για το πώς ο ίδιος ο ασθενής θα εξασφαλίσει την αυτοφροντίδα του.</p> <p>Διδασκαλία και οικογένειας</p>	<p>πόνου</p> <p>Ο νοσηλευτής συζήτησε με τον ασθενή για τις ανησυχίες του, τον στήριξε ψυχολογικά και του έκανε διδασκαλία για να μπορέσει μόνος του να φροντίσει τον εαυτό του.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε διδασκαλία-εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενή για την φροντίδα του έξω από το νοσοκομείο</p>	
--	--	--	--	--

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο πόνος επηρεάζει όχι μόνο τη ζωή του πάσχοντα αλλά και το οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Από τα αρχαία χρόνια συνδέθηκε με την ηθική υπόσταση του ανθρώπου, καθώς επιδρά στις δημιουργικές δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής αλλά και στη ψυχική του σφαίρα, λειτουργώντας ως καταλύτης στη διάθεσή του και τη συμπεριφορά του. Γι' αυτό το λόγο, ανά τους καιρούς δόθηκαν διάφορες θρησκευτικές ερμηνείες για τον πόνο, οι οποίες με τη σειρά τους δημιούργησαν προλήψεις και δεισιδαιμονίες σχετικά με την προέλευσή του, την εξήγησή του και το ψυχικό του κόστος.

Παράλληλα με το σωματικό δυσάρεστο αίσθημα που συνοδεύει τον πόνο, υπάρχει πάντα και ένας δυσάρεστος συναισθηματικός τόνος που καθιστά το άτομο ανίκανο να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του. Ειδικότερα, ο χρόνιος πόνος συνήθως οδηγεί τον πάσχοντα στην απελπισία και την απόγνωση. Αυτή η παράταση της επίπονης κατάστασης προκαλεί έντονο άγχος και ακολούθως ψυχικές διαταραχές. Έτσι, το άτομο αισθάνεται πάντα την έντονη επιθυμία αναχαίτισης του πόνου, προκειμένου να μην επιδεινώσει τα δυσάρεστα συναισθήματα και να βελτιώσει ταυτόχρονα την ποιότητα της ζωής του. Σε επίπεδο κοινωνίας, ο χρόνιος πόνος δημιουργεί ένα βάρος με τη μορφή των ιατρικών εξόδων, των επιδομάτων ανικανότητας, της χαμένης παραγωγικότητας ενώ και ο ίδιος ασθενής μπορεί να αισθανθεί ιδιαίτερη απογοήτευση όταν ο πόνος του παραμένει παρά την εκτεταμένη και δαπανηρή ιατρική αντιμετώπιση του.

Καθώς τα συμπτώματα του πόνου επιμένουν όλο και πιο πολλές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν άγχος και προσμονή πόνου, ενώ μπορεί να ακολουθήσει και η εμφάνιση κατάθλιψης και η εξάρτηση από τα φάρμακα ενισχύοντας έτσι το φαύλο κύκλο πόνου-τάσης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο πάσχων ενδέχεται να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του, προκειμένου να μειώσει τα επώδυνα συναισθήματα που τον συνοδεύουν. Αυτή του η τάση ενισχύεται και από την ύπαρξη έντονου φόβου, πολλές φορές αδικαιολόγητου, για κινήσεις που τυχόν επιδεινώνουν το αίσθημα του πόνου. Οι ψυχολογικές αυτές διαταραχές με τη σειρά τους μπορεί να προκαλέσουν φυσικές αλλαγές που επιφέρουν επιπλέον ελάττωση της φυσικής κατάστασης. Στην περίπτωση του χρόνιου πόνου η προσμονή ή ακόμα και η πρόληψη εμφάνισης πόνου μπορεί να αποτελούν επαρκείς παράγοντες για την μακροπρόθεσμη διατήρηση συμπεριφορών αποφυγής συγκεκριμένων κινήσεων.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση επιχείρησε να προσεγγίσει το φαινόμενο της κινησιοφοβίας. Η κινησιοφοβία, ως μορφή φοβίας, αναφέρεται στον υπερβολικό και αδικαιολόγητο φόβο του ατόμου για την εκτέλεση κινήσεων που ενδέχεται να του προκαλέσουν πόνο, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι φυσικές λειτουργίες του οργανισμού και να μειώνεται η γενικότερη φυσική κατάσταση του ατόμου. Αυτή η φοβία της κίνησης συνοδεύεται από έντονο άγχος που μπορεί να οδηγήσει και στην κατάθλιψη, καθώς ο πάσχων δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τα αλγογόνα ερεθίσματα παρατείνοντας την αναπηρία του και την αποκατάστασή του ώστε να είναι σε θέση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που εκτελούσε προ-τραυματισμού του.

Οι φοβίες υπήρχαν από την αρχαιότητα και συνόδευαν τον άνθρωπο ως μέσο που ενίσχυε την επιβίωσή του σε επικίνδυνες καταστάσεις, παρόλο που δεν μπορούσαν να εξηγηθούν ή να αντιμετωπιστούν. Σήμερα λοιπόν που ο τομέας της ιατρικής έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο και έχουν εξευρεθεί νέες τεχνικές διάγνωσης και αντιμετώπισης πολλών παθήσεων, το ενδιαφέρον των ειδικών του χώρου έχει στραφεί και προς την αντιμετώπιση της κινησιοφοβίας.

Αρχικά, σημαντική κρίνεται η σημασία της ενεργητικής φυσικοθεραπείας όπου οι ασθενείς προοδευτικά αυξάνουν τα επίπεδα δραστηριοποίησης τους παρά το φόβο για τραυματισμό ή ενοχλήσεις λόγω της χρήσης μυών που δεν βρίσκονται σε καλή κατάσταση. Η διάψευση των αναμενόμενων και επίφοβων αποτελεσμάτων μέσω της σταδιακής δραστηριοποίησης μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να απευαισθητοποιηθούν και να ενισχύσει την εκτέλεση περαιτέρω δραστηριοτήτων τις οποίες ο ασθενής φοβόταν να εκτελέσει πριν και γι' αυτό το λόγο τις απέφευγε.

Επίσης, για την νοσηλευτική αντιμετώπιση της κινησιοφοβίας απαιτείται αρχικά η αναγνώριση των θετικών και αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενούς σε σχέση πάντα με το φόβο για τη συγκεκριμένη κίνηση, που θα διευκολύνει και την τροποποίηση της στάσης μέσω ψυχολογικών παρεμβάσεων. Έτσι, με τη γνωστική θεραπεία, ο ασθενής προσπαθεί να αλλάξει τον τρόπο σκέψης και αντίληψης του για τις συγκεκριμένες κινήσεις που του προκαλούν τη φοβία, προκειμένου να αποφευχθούν οι αρνητικές σκέψεις σε μια πιθανή μελλοντική εκτέλεση των ίδιων κινήσεων. Στη συνέχεια, με την ψυχοθεραπεία έκθεσης, ο πάσχων θα εξασκηθεί σε εκείνες τις κινήσεις που προκαλούν έντονη δυσφορία και άγχος, με σκοπό την εξοικειώσή του με αυτές, ώστε να αποφευχθεί μελλοντική φοβική αντίδραση.

Για την ολιστική αντιμετώπιση της κινησιοφοβίας, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος του νοσηλευτή υγείας. Η νοσηλευτική είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας που έχει ως κύριο μέλημα την προαγωγή υγείας, την πρόληψη της νόσου και τη φροντίδα των ασθενών σε όλα τα επίπεδα μέριμνας. Ο νοσηλευτής έχει ως κατευθυντήρια γραμμή την προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ασθενή, ενώ παράλληλα οφείλει να επιδιώκει την συνεργασία του με τους υπόλοιπους κλάδους της υγείας, έτσι ώστε το πολυδιάστατο έργο του να ολοκληρώνεται επιτυχώς. Πρέπει να συμμετέχει στην διαμόρφωση πολιτικών υγείας και να μεριμνά τόσο για την εκπαίδευση τη δική του όσο και του ασθενούς, προκειμένου να δημιουργεί ένα πλαίσιο ανάπτυξης αυτεπάρκειας και αυτοφροντίδας των ασθενών, σεβόμενος πάντα τα δικαιώματά τους αλλά και τους δεοντολογικούς κανόνες του επαγγέλματός του.

Συμπεραίνουμε πως ο καθένας μπορεί να καταλάβει πώς λειτουργεί ο πόνος, αφού πρόκειται για ένα υποκειμενικό βίωμα. Σύμφωνα με τους Moseley και Butler (2015), η μάθηση σχετικά με το πώς λειτουργεί ο πόνος μας προλαμβάνει από την αντίληψη του πόνου ως απειλή, καθώς δεδομένου ότι ο πόνος είναι ουσιαστικά ένα «ανιχνευτής της απειλής προωθώντας την επιβίωση», η μείωση της απειλής, θα μειώσει και τον πόνο. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητη η εκπαίδευση σχετικά με την επιστήμη του πόνου, η οποία θα μειώσει την σύγχυση σχετικά με τον πόνο αλλά και την ανησυχία. Μειώνοντας αυτή την «καταστροφικότητα», ελαττώνεται και το στρες και το άγχος, τα οποία ελαττώνουν και τον πόνο. Έτσι, η μάθηση σχετικά με την

επιστήμη του πόνου μπορεί να μειώσει τον φόβο της κίνησης (κινησιοφοβία), το οποίο οδηγεί στην βελτίωση της κίνησης και στη μείωση της αναπηρίας, αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής των πασχόντων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΞΕΝΗ

AGS (2002). Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.*, 50, S205–24.

Ahles TA, Wasson JH, Seville JL, et al. (2006). A controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co-occurring psychosocial problems. *Ann Fam Med*, 4, 341–50.

Atalay A, Arslan S, Dinçer F. (2001). Psychosocial function, clinical status, and radiographic findings in a group of chronic low back pain patients. *Rheumatol Int.*, 21 (2), 62-5.

Attur M, Belitskaya-Levy I, Oh C, et al. (2011). Increased IL-1 beta gene expression in peripheral blood leukocytes is associated with increased pain and predicts risk for progression of symptomatic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum*, 63, 1908–17.

Barker R, Kober A, Hoerauf K, Latzke D, Adel s, Kain ZN. (2006). Out of hospital auricular acupressure in elder patients with hip fracture: a randomized double-blinded trial. *Acad Emerg Med*, 13(1), 19-23.

Bennett PM, Meulders A, Baeyens F, Vlaeyen JW. (2015). Words putting pain in motion: the generalization of pain – related fear within an artificial stimulus category. *Front Psychol.*, 6, 520.

Boersma K, Linton SJ. (2006). Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *Clin J Pain*, 22 (2), 160-6.

Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*, 9: 90.

Buitenhuis J, Jaspers J, Fidler V. (2006). Can kinesiophobia predict the duration of neck symptoms in acute whiplash? *Clin J Pain*, 22(3), 272–277.

Bunketorp L, Carlsson J, Kowalski J, Stener-Victorin E. (2005). Evaluating the reliability of multi-item scales: a non-parametric approach to the ordered categorical structure of data collected with the Swedish version of the Tampa Scale for Kinesiophobia and the Self-Efficacy Scale. *J Rehabil Med.*, 37, 330–334.

Bunketorp L, Lindh M, Carlsson J, Stener-Victorin E. (2006). The effectiveness of a supervised physical training model to the individual needs of patients with whiplash-associated disorders- a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 20, 201–217.

Bunketorp L, Lindh M, Carlsson J, Stener-Victorin E. (2006). The perception of pain and pain-related cognitions in subacute whiplash-associated disorders: Its influence on prolonged disability. *Disability and Rehabilitation*, 28(5), 271–279.

Cherkas LF, Aviv A, Valdes AM, et al. (2006). The effects of social status on biological aging as measured by white-blood-cell telomere length. *Aging Cell*, 5, 361–5.

Cleland J, Fritz J, Childs J. (2008). Psychometric properties of the fear-avoidance beliefs questionnaire and Tampa Scale of Kinesiophobia in patients with neck pain. *Am J Phys Med Rehab*, 87(2), 109–117.

Cleveland clinic. Ease their Pain: Caring for Kids with Chronic Pain. 28/08/ 2013

Cook AJ, Brawer PA, Vowles KE. (2006). The fear avoidance model of chronic pain: validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain*, 121, 195–206.

Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JW, Karoly P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: The next generation. *Clin J Pain*, 28, 475–483.

Cumming RG, Salkeld G, Thomas M, Szonyi G. (2000). Prospective study of the impact of the fear of falling on activities of daily living, SF-scores and nursing home admission. *J Gerontol Med Sci.*, 55A, M299–305.

De Loose V, Burnotte F, Cagnie B, Stevens V, van Tiggelen D. (2008). Prevalence of risk factors of neck pain in military office workers. *Military Medicine*, 173(5), 474–479.

Diez Roux AV, Merkin SS, Arnett D, et al. (2001). Neighborhood of residence and incidence of coronary artery disease. *N Engl J Med*, 345, 99–106.

Dimitriadis, Z.; Kapreli, E.; Strimpakos, N.; Oldham, J. (2017). The association between the physical activity of patients with idiopathic chronic neck pain and their psychological state. 34(1), p100-103.

Eccleston C., Palermo TM, Williams AC, Lewandowski Holley A., Morley S., Fisher E., Law E. (2014). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* doi: 10.1002/14651858.CD003968.pub3.

Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *J Pain*, 17(9), T70-92.

Edwards RR, Fillingim RB, Ness TJ. (2003). Age-related difference in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults. *Pain*, 10, 155–65.

Ehrlich I., Humeau Y., Grenier F., Ciocchi S., Herry C., Luthi A. (2009). Amygdala inhibitory circuits and control of fear memory. 62 (6), 757-771 in <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627303004267>

Feleus A, van Dalen T, Bierma-Zeinstra S, Bernsen R, Verhaar H, Koes B, Miedema H. (2007). Kinesiophobia in patients with non-traumatic arm, neck and shoulder complaints: a prospective cohort study in general practice. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8, 117.

Fine PG. (2009). Chronic pain management in older adults: special considerations. *J Pain Symptom Manage*, 38, S4–14.

Fisher E., Palermo TM (2016). Goal pursuit in youth with chronic pain. *Children*, 3, 36. doi: 10.3390/children3040036.

Flor H. & Hermann C. (2004). Biopsychosocial models of pain. In R.H Pworkin and W.S Breibart, Editors *Psychosocial aspects of pain: a hoinbook for health care providers*, *Progress in pain research and management* 27, 1, ASP. Press, Seattle, pp.47-75.

Force APSPCPT Assessment and Management of Children with Chronic Pain. A Position Statement from the American Pain Society. Available online: <http://americanpainsociety.org/uploads/get-involved/pediatric-chronic-pain-statement.pdf>

Fordyce, W., Shelton, J. & Dundore, D. (1982). The modification of avoidance learning in pain behaviors. *Journal of Behavioural Medicine*, 5, 405.

Forgeron PA, McGrath P., Stevens B., Evans J., Dick B., Finley GA, Carlson T. (2011). Social information processing in adolescents with chronic pain: My friends don't really understand me. *Pain*, 152, 2773–2780. doi: 10.1016/j.pain.2011.09.001.

Friedrichsdorf S.J., Giordano J., Dakoji K.D., Warmuth A., Daughtry C. & Schulz C.A. (2016). Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints, 3(4), 42.: Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5184817/>

Frordyce W.E., Shelton J.L & Dundore DE (1982). The modification of avoidance learning in pain behaviors. *J. Behav Mes*, 5, 404-414.

Furini C., Myskiw J., & Izquierdo, I. (2014). The learning of fear extinction. *Neurosci Biobehav Rev*, 47, 670-683. doi: 10.1016/j.neubiorev.

Gerrits MMJG, Vogelzangs N, van Oppen P, van Marwijk HWJ, van der Horst H, Penninx BWJH. (2012). Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain*, 153, 429–36.

Gignac M, Davis A, Hawker G, et al. (2006). “What do you expect? You’re just getting older”: a comparison of perceived osteoarthritis- related and aging-related health experiences in middle- and older-age adults. *Arthritis Rheum*, 55, 905-912.

Gorenstein C, Andrade L. (2000). Beck depression inventory: psychometric properties of the Portuguese version. In: Gorenstein C, Andrade L, Zuardi AW editors. *Clinical evaluation scales in psychopharmacology psychiatry*. São Paulo: Lemos Editorial, p.89-95.

Griffith L.J. (2008). why Psychotherapy Helps the patient in Chronic Pain. *Psychiatry (Edgemont)*, 5 (12), 20 – 27.

Guillory J, Chang P, Henderson CR Jr, Shengelia R, Lama S, Warmington M, et al.(2015). Piloting a text message-based social support intervention for patients with chronic pain: establishing feasibility and preliminary efficacy. *Clin J Pain*.

Gustavsson C, von Koch L. (2006). Applied relaxation in the treatment of long-lasting neck pain: a randomized controlled pilot study. *J Rehab Med*, 38, 100–107.

Guyton and Hall (2001). *Human Physiology and Mechanisms of Disease*, 6th edition, W.B. Saunders Company, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Ευαγγέλου Α, εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα.

Haggman S, Maher CG, Refshauge KM. (2004). Screening for symptoms of depression by physical therapists managing low back pain. *Phys Ther.*, 84 (12), 1157-66.

Hechler T., Dobe M., Zernikow B. (2010). Commentary: A worldwide call for multimodal inpatient treatment for children and adolescents suffering from chronic pain and pain-related disability. *J. Pediatr. Psychol*, 35, 138–140. doi: 10.1093/jpepsy/jsp066.

Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*, 12, 230-50.

Hooten WM. (2016). Chronic pain and mental health disorders: shared neural mechanisms, epidemiology and treatment. *Mayo Clin Proc*, 91(7), 955-70.

Houben RMA, Leeuw M, Vlaeyen JWS, Goubert L, Picavet HSJ. (2005). Fear of Movement/Injury in the General Population: Factor Structure and Psychometric Properties of an Adapted Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *J of Behavioral Medicine*, 28(5), 415–424.

Houben RMA, Leeuw M, Vlaeyen JWS, Goubert L, Picavet HSJ. (2005). Φόβος της Κίνησης / Τραυματισμού στον Γενικό Πληθυσμό: Δομή Παράγοντος και Ψυχομετρικές Ιδιότητες μιας Προσαρμοσμένης Έκδοσης της Κλίμακας Τάμπα για Κινησιοφόβια. *J της Συμπεριφορικής Ιατρικής*, 28 (5), 415-424.

Huguet A., Miro J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: An epidemiological study. *J. Pain*, 9, 226–236. doi: 10.1016/j.jpain.2007.10.015.

Hurwitz EL, Morgenstern H, Yu F. (2003). Cross-sectional and longitudinal associations of low-back pain and related disability with psychological distress enrolled in the UCLA Low-Back Pain Study. *J Clin Epidemiol*, 56 (5), 463-71.

Hurwitz EL, Morgenstern H, Yu F. (2003). Cross-sectional and longitudinal associations of low-back pain and related disability with psychological distress enrolled in the UCLA Low-Back Pain Study. *J Clin Epidemiol*, 56 (5), 463-71.

IASP (1979). Subcommittee on taxonomy: Pain terms: A list with definitions and notes

Institute of Medicine (US) (2011). Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research. National Academies Press (US).

Jerstad SJ, Boutelle KN, Ness KK, Stice E. (2010). Prospective reciprocal relations between physical activity and depression in female adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol*, 78, 268–272. doi: 10.1037/a0018793.

Johannes CB, Le TK, Zhou X., Johnston JA, Dworkin RH (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: Results of an internet-based survey. *J. Pain*, 11, 1230–1239. doi: 10.1016/j.jpain.2010.07.002.

Kashikar-Zuck S., Sil S., Lynch-Jordan AM, Ting TV, Peugh J., Schikler KN, Hashkes PJ, Arnold LM, Passo M., Richards-Mauze MM, et al. (2013). Changes in pain coping, catastrophizing, and coping efficacy after cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with juvenile fibromyalgia. *J. Pain*, 14, 492–501. doi: 10.1016/j.jpain.2012.12.019.

King S., Chambers CT, Huguet A., MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L., MacDonald AJ (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain*, 152, 2729–2738. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.016.

Knapik, A., Saulicz, E., & Gnat, R. (2011). Kinesiophobia - introducing a new diagnostic tool. *Journal of human kinetics*, 28, 25-31.

Kori SH, Miller RP, Todd DD. (1990). Kinesiophobia: Μια νέα άποψη της συμπεριφοράς χρόνιου πόνου. *Διαχείριση του πόνου*. 3, 35-43.

Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health*, 6, 275–81.

Leeuw M, Houben RM, Severeijns R, Picavet HS, Schouten EG, Vlaeyen JW. (2007). Pain-related fear in low back pain: a prospective study in the general population. *Eur J Pain*, 11 (3), 256-66.

Leidig S., Glomp I. (2006). Γιατί φοβόμαστε, Μετάφραση Αντωνοπούλου Μαριάννα, Σταινερ Ίρμγλιλντ. Εκδόσεις Θυμάρι.

Levy B. (2009). Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci*, 18, 332-336.

Lopez-Lopez A, Montorio I, Izal M, Velasco L. (2008). The role of psychological variables in explaining depression in older people with chronic pain. *Aging Ment Health*, 12, 735–45.

Lundberg M, Styf J, Jansson B. (2009). On what patients does the Tampa Scale for Kinesiophobia fit? *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(7), 495–506.

Lundberg MKE., Styf J., Carlsson SG. (2004). A psychometric evaluation of the Tampa Scale for Kinesiophobia – from a physiotherapeutic perspective. *Physiotherapy Theory and Practice*, 20(2), 121–133.

Lynch-Jordan AM, Kashikar-Zuck S., Szabova A., Goldschneider KR (2013). The interplay of parent and adolescent catastrophizing and its impact on adolescents' pain, functioning, and pain behavior. *Clin. J. Pain*, 29, 681–688. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182757720.

Machado GPM, Gignac MAM, Badley EM. (2008). Participation restrictions among older adults with osteoarthritis: a mediated model of physical symptoms, activity limitations, and depression. *Arthritis Rheum*, 59, 129–35.

Martín-Matillas M, et al. (2010). Τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και σωματικής δραστηριότητας και ενθάρρυνσης των συγγενών: η μελέτη HELENA. *Eur J Δημόσια υγεία*.

Martire LM, Schulz R, Keefe FJ, Rudy TE, Starz TW. (2008). Couple-oriented education and support intervention for osteoarthritis: effects on spouses' support and responses to patient pain. *Fam Syst Health*, 26, 185-95.

Meier ML, Stampfli P, Vrana A, Humphreys BK, Seifritz E, Hotz – Boendermaker S.(2015). Fear avoidance beliefs in back pain – free subjects are reflected by amygdala – cingulate responses. *Hum Neurosci*, 9, 424.

Mersky H, Spear F. (1967). *Pain: Psychological and Psychiatric aspects*. Williams and Wilkins. Baltimore.

Meyer RA, Ringkamp MR, Cambell JN, et al. (2006). Peripheral mechanisms of cutaneous nociception. In: McMahan SB, Koltzenburg M (eds) *Wall and Melzack's textbook of pain*, Fifth Edition, Philadelphia: Elsevier Limited, 3-34.

Moayeddi M, Weissman-Fogel I, Salomons TV, et al. (2012). Abnormal gray matter aging in chronic pain patients. *Brain Res*, 1456, 82–93.

Moriarty O, McGuire BE, Finn DP. (2011). The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research. *Prog Neurobiol*, 93, 385–404.

Moseley GL. & Butler DS. (2015). Fifteen years of explaining pain: The past, present, and future. *Journal of Pain* 16: 807–813.

Nederhand M, Ijzerman M, Hermens H, Turk D, Zilvold G. (2004). Predictive value of fear avoidance in developing chronic neck pain disability: consequences for clinical decision making. *Arch Phys Med Rehabil*, 85, 406–501.

Neito R, Miro J, Huguet A. (2009). The fear-avoidance model in whiplash injuries. *Eur J Pain*, 13, 518–523.

Nijs J, Kosek E, Van Oosterwijck J, Meeus M. (2012). Dysfunctional endogenous analgesia during exercise in patients with chronic pain: to exercise or not to exercise? *Pain Physician*, 15(3 Suppl):ES205-213.

Noel M., Rabbitts JA, Tai GG, Palermo TM (2015). Remembering pain after surgery: A longitudinal examination of the role of pain catastrophizing in children's and

parents' recall. *Pain*, 156, 800–808. doi: 10.1097/j.pain.000000000000102. on usage. *Pain*, 6, 249-252.

Palermo TM, Eccleston C., Lewandowski AS, Williams AC, Morley S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. *Pain*, 148, 387–397. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.004.

Palermo TM, Law E., Churchill SS, Walker A. (2012). Longitudinal course and impact of insomnia symptoms in adolescents with and without chronic pain. *J. Pain*, 13, 1099–1106. doi: 10.1016/j.jpain.2012.08.003.

Palermo TM, Wilson AC, Lewandowski AS, Toliver-Sokol M., Murray CB. (2011). Behavioral and psychosocial factors associated with insomnia in adolescents with chronic pain. *Pain*, 152, 89–94. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.035.

Pells J, McDougald C, Mary M, Barksdale C, Jonassaint J et al. (2007). Fear of movement (Kinesiophobia), Pain, and Psychopathology in Patients With Sickle Cell Disease. *The Clinical Journal of Pain*, 3 (8), p 707-713.

Pimenta CAB. (1997). Teixeira MJ. McGill's pain questionnaire: proposal to adapt to the Portuguese language. *Rev Bras Anesthesiol*, 47 (2), 177-86.

Pool J, Hiralal S, Ostelo R, van der Veer K, Vlaeyen J, Bouter L, de Vet H. (2009). The applicability of the Tampa Scale of Kinesiophobia for patients with sub-acute neck pain: a qualitative study. *Qual Quant*, 43, 773–780.

Pool J, Hiralal S, Ostelo R, van der Veer K, Vlaeyen J, Bouter L, de Vet H. (2009). The applicability of the Tampa Scale of Kinesiophobia for patients with sub-acute neck pain: a qualitative study. *Qual Quant*, 43, 773–780.

Preda A. (2018). Phobic disorders. Medscape. Ανακτήθηκε από: <http://emedicine.medscape.com/article/288016-overview>.

Reid M.C., Eccleston C. & Pillemer K. (2015). Management of chronic pain in older adults. Published online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707527/>

Roelofs J, et al. (2007). Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: Evidence for an invariant two-factor model of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian samples. *Pain*, 131, 181–190.

Roelofs J, et al. (2007). Φόβος μετακίνησης και (επαν) τραυματισμού στον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο: Αποδεικτικά στοιχεία για ένα αμετάβλητο μοντέλο δύο φάσεων της Κλίμακας Tampa για την Κινσιοφίβια σε διαγνώσεις πόνου και ολλανδικά, σουηδικά και καναδικά δείγματα. *Πόνος*, 131, 181-190.

Ruscheweyh R, Nees F, Marziniak M, Evers S, Flor H, Knecht S. (2011). Pain catastrophizing and pain-related emotions influence of age and pain type. *Clin J Pain*, 27, 578–86.

Rush AJ, Polatin P, Gatchel RJ. (2000). Depression and chronic low back pain: establishing priorities in treatment. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25 (20), 2566-71.

Sadosky AB, Bushmakin AG, Capperleri JC, Lionberger DR. (2010). Relationship between patient-reported disease severity in osteoarthritis and self-reported pain, function and work productivity. *Arthritis Res Ther.*, 162, 1-8.

Saul H. (2001). *Phobias. Fighting the fear*. Arcade Publishing, New York.

Schacter D. et al. (2012, μτφρ). *Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg. Κεφάλαιο 6.

Schaffhausen J. (2005). Fear conditioning: How the brain learns about danger. Ανακτήθηκε από: <http://brainconnection.brainhq.com/2005/08/26/fear-conditioning-how-the-brainlearns-about-danger/>.

Seekatz B, Meng K, Bengel J, Faller H. (2015). Is there a role of depressive symptoms in the fear – avoidance model? A structural equation approach. *Psychol Health Med*, 26, 1-12.

Siqueira FB, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC. (2007). Analysis of the psychometric properties of the Brazilian version of the kinesiophobia cover scale. *Acta Ortop Bras*, 15 (1), 19-24.

Stanford EA, Chambers CT, Biesanz JC, Chen E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain*, 138, 11-21. doi: 10.1016/j.pain.2007.10.032.

Steimer T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 231-249. Ανακτήθηκε από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181681/>.

Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Verbeek AL, Oostendorp RA, Vlaeyen JW. (2003). Fear of movement/(re)injury, disability, and participation in acute low back pain. *Pain*, 105, 371-9.

Tegethoff M., Belardi A., Stalujanis E., Meinlschmidt G. (2015). Comorbidity of mental disorders and chronic pain: Chronology of onset in adolescents of a national representative cohort. *J. Pain*, 16, 1054-1064. doi: 10.1016/j.jpain.2015.06.009.

Tinetti ME, Baker DI, McAvary G, et al. (1994). A multi-factorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living the community. *N Engl J Med*, 331, 821-7.

Vangronsveld K, Peters M, Goosens M, Linton S, Vlaeyen J. (2007). Applying the fear-avoidance model to the chronic whiplash syndrome. *Pain*, 130, 258-261.

Verbunt JA, Seelen A, Vlaegen W, Heijden, Heuts H, Pons K, Knottnerus. (2003). Disuses and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *European journal of pain* 7(1), 9-21.

Verwoerd AJ, Luijsterburg PA, Koes BW, El Barzouhi A, Verhagen AP. (2015). Η επίδραση της φυσικοθεραπείας στην κινησιοφοβία κατά την αντιμετώπιση της ισχιαλγίας. *Physical Therapy*.

Vlaeyen JW, Crombez G, Linton SJ. (2016). The fear – avoidance model of pain. *Pain*, 157(8), 1588-9.

Vlaeyen JW, Linton SJ. (2012). Fear – avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144-7.

Volders S, Boddez Y, De Peuter S, Meulders A, Vlaeyen JW. (2015). Avoidance behavior in chronic pain research: A cold case revisited. *Behav Res Ther*, 64, 31-37.

Weingart SN, Cleary A, Stuver SO, et al. (2012). Assessing the quality of pain care in ambulatory patients with advanced stage cancer. *J Pain Symptom Manage*, 43, 1072–81.

WHO (ΠΟΥ) (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Γενεύη.

Wilson AC, Palermo TM. (2012). Physical activity and function in adolescents with chronic pain: A controlled study using actigraphy. *J. Pain*, 13, 121–130. doi: 10.1016/j.jpain.2011.08.008.

Woby SR, Roach NK, Urmston M, Waston PJ. (2007). The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. *Eur J Pain*, 11, 869–77.

Woby SR, Roach NK, Urmston M, Watson PJ. (2005). Psychometric properties of the TSK-11: A shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Pain*, 117, 137–144.

Woby SR, Roach NK, Urmston M, Watson PJ. (2005). Ψυχομετρικές ιδιότητες του TSK-11: Μια συντομευμένη εκδοχή της Κλίμακας Tampa για Κινησιοφόβια. *Πόνος*, 117, 137-144.

Zasler N.D., Martelli M.F. & Nicholson K. (2005). Chronic pain In : J.M. Silver, T.W. McAllister, W. Thomas and S.C. Yudo FSKy, Editors, *Textbook of traumatic brain injury*, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington DC, US, pp 419 – 436.

Zhang J, Middlestadt SE, Ji Ch. (2007). Psychosocial factors underlying physical activity. *International J of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4, 38.

Zhang J, Middlestadt SE, Ji Ch. (2007). Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που διέπουν τη σωματική δραστηριότητα. *Διεθνής J της Συμπεριφορικής Διατροφής και της Φυσικής Δραστηριότητας*, 4, 38.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αγγελόπουλος Ν. Β. (2009). *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. Έκδοση Β. Τόμος 2ος. Αθήνα. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. 21:187,59:514.

Γεωργούδης Γ., Κατσουλάκης Κ., Κανέλλου Β. (2004). Αξιολόγηση του μυοσκελετικού πόνου; περίπτωση της Ελληνικής έκδοσης της κλίμακας μέτρησης της κινησιοφοβίας (Tampra Scale of Kinesiophobia) (πilotική μελέτη). Αναρτημένη ανακοίνωση από τα πρακτικά 18ου Συνεδρίου Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπείας με θέμα «Οξύς & Χρόνιος Πόνος».

Γουλές Δ. (2002α). Εννοιολογία του πόνου. Ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά, στο Γουλές Δ: Οσφυαλγία- Δισκοπάθεια, Μηχανική και Μοριακή Βάση. Αθήνα: Εκδ. Κανκός.

Γουλές Δ. (2002β). Νευροπαθητικός Πόνος: Νοσολογικό Περιεχόμενο Νευροπαθητικού Πόνου. Επιστημονικά Θέματα, 24–30.

Δημητριάδης Ζ., Καπρέλη Ε., Στριμπάκος Ν, Oldham J. (2017). Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της σωματικής δραστηριότητας των ασθενών με ιδιοπαθή χρόνια αυχενικό πόνο και της ψυχολογικής τους κατάστασης; Αρχ Ελλ Ιατρ, 34(1), 100-103. Ανακτήθηκε από: <http://www.mednet.gr/archives/2017-1/100per.html>

Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Αθ., Παυλάτου Ε. & Καλαντζή - Αζίζι Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ζαφειροπούλου Μ. (2001). Κατανοώντας τη συμπεριφορά μας, ρόλος της μάθησης στην πρόσκτηση και εξέλιξη της συμπεριφοράς. (269-294). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Κακάβας Γ. (2017). Φυσιοθεραπευτής-Χειροθεραπευτή-ς. Ωμαλγία – Γιατί πονάει ο ώμος μου; Ανακτήθηκε από <http://www.docmed.gr/omalgia-giati-ponai-o-omos-mou/>

Μενεδιάτου Α. (2010). Συμπτώματα και διάγνωση της κατάθλιψης. Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης. Ανακτήθηκε από: <http://mazi.org.gr>

Ραγιά Α. (1995). Μπορεί να καλλιεργείται η Γνώση χωρίς Ταυτόχρονη Καλλιέργεια αξιών. Νοσηλευτικές προοπτικές. Νοσηλευτική, 34, 121-126.

Ραγιά Α. Μπορεί να καλλιεργείται η Γνώση χωρίς Ταυτόχρονη Καλλιέργεια αξιών. Νοσηλευτικές προοπτικές. Νοσηλευτική, 34, 121-126.

Σαλπιστής Σ. Ν. (2013). Φοβίες : Αιτίες, μορφές, συμπτώματα και αντιμετώπιση. Ανακτήθηκε από: <http://www.i-psychologos.gr/fo vies/>

Σολδάτος Κ. (1991). Πόνος: κλινικές εικόνες και αντιμετώπιση. Κλινικά φροντιστήρια. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Αθήνα, σελ 7-16.

Τζελέπη, Ε. (2008). Φοβίες. Ανακτήθηκε από: <http://psychologynet.gr/%CF%86%CE%BF%CE%B2%CE%B9%CE%B5%CF%83/>

Τζουνάκου Γ. (2011). Επαγγελματική Δεοντολογία Στην Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, (3),23,24,26.Προεδρικό Διάταγμα 216. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 167, Αθήνα 2001, 2524-2540. https://www.spnj.gr/articlefiles/2011_issue3_article3.pdf

Χαρχαρίδου Μ. (2015). Πρόληψη των Ελκών από Πίεση και Αλλαγή Θέσεων. HELLENIC JOURNAL OF NURSING 2015, 54(3), 203–206.

Ζγαντζούρη Κ. & Μάντης, Ν. (2004). Η ψυχοσωματική διάσταση του πόνου. Πρακτικά 18^{ου} Συνεδρίου Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπείας με θέμα «Οξύς & Χρόνιος Πόνος», 3-5 Δεκεμβρίου, Αθήνα.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

<http://oaji.net/articles/2016/1592-1456136872.pdf> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 4, 2019.

<http://psychologynet.gr/%CF%86%CE%BF%CE%B2%CE%B9%CE%B5%CF%83/> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 8, 2019.

<http://www.athens-orthopedic-center.gr/2018/01/08/%CF%80%CF%87%CF%83%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%B1/> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 2, 2019.

<http://www.cancer-society.gr/γραμμή-υγείας/οξύς-και-χρόνιος-πόνος> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 1, 2019.

<http://www.epemy.gr/assets/files/synedria/7o-Presentations/3.Saturday/4.Paralliles-Synedries/1.Xronios-Ponos/2.S.Dikaiou.pdf> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 3, 2019.

<http://www.i-psychologos.gr/foviae/> Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος, 27, 2019.

<http://www.kstathi.gr/shownew.html?new=9> Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος, 28, 2019.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522013000100005 Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 5, 2019.

http://www.tac.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/27454/tampa_scale_kinesiophobia.pdf Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 11, 2019.

https://my.clevelandclinic.org/health/transcripts/1499_ease-their-pain-caring-for-kids-with-chronic-pain Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 7, 2019.

https://physionewsongr.blogspot.com/2015/06/blog-post_7.html Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 5, 2019.

<https://translate.google.com/translate?hl=el&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3592098/&prev=search> Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος, 29, 2019.

<https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/0C87EC2F2C7E9132C2257D00002BDC3E?OpenDocument> Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος, 28, 2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154068/> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 8, 2019.

<https://agxos.gr/%CE%B1%CE%B3%CF%87%CF%89%CE%B4%CE%B5%CE%B9%CF%83-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%B5%CF%83/> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος, 15, 2019.

<http://craniosacral.gr-host.net/home/index.asp?w=pages&r=86&pid=231>

ΠΙΝΑΚΕΣ

1. Kori SH, Miller RP, Todd DD. (1990). Kinesiophobia: Μια νέα άποψη της συμπεριφοράς χρόνιου πόνου. Διαχείριση του πόνου. 3, 35-43.
2. Knapik, A., Saulicz, E., & Gnat, R. (2011). Kinesiophobia - introducing a new diagnostic tool. Journal of human kinetics, 28, 25-31.
3. Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV. (2013). Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications Br J Anaesth., 111(1), 89–94. Ανακτήθηκε από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690316/>