



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**  
**«ΈΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΟΥ**  
**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΡΑΙΝ ΑΤΤΙΤΟΥΔΕΣ QUESTIONNAIRE (REVISED)-**  
**(ΡΑQ-R) ΣΕ ΈΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ»**

**ΑΡΑΠΙΤΣΑ ΚΥΡΙΑΚΗ**  
**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 18004**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  
**ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής***Υπογραφή*

Γεωργούδης Γεώργιος Καθηγητής, Εισηγητής	
<u>Παπαθανασίου Γεώργιος</u> Καθηγητής, Μέλος	
Στασινόπουλος Δημήτριος Επίκουρος Καθηγητής, Μέλος	

### Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αραπίτσα Κυριακή του Αποστόλου, με αριθμό μητρώου 18004, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Νέες Μέθοδοι στη Φυσικοθεραπεία» του Τμήματος Φυσικοθεραπείας της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι ..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Αραπίτσα Κυριακή



## Έκφραση Ευχαριστιών

Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Νέες Μέθοδοι στη Φυσικοθεραπεία» του τμήματος φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με επιβλέποντα τον Καθηγητή κ. Γεωργούδη Γεώργιο, Διευθυντή του Ερευνητικού Εργαστηρίου Μυοσκελετικής Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, τον οποίο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μου παρείχε σε όλη τη διαδικασία εκπόνησης αυτής της διπλωματικής.

Στην συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον συνεπιβλέποντα κ. Σωτηρόπουλο Σπυρίδωνα, Υποψήφιο Διδάκτορα για την εποπτεία και τις πολύτιμες συμβουλές του.

Επιπροσθέτως, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την Καθηγήτρια κα. Λάλου Παναγιώτα για την βοήθεια που μου παρείχε σχετικά με τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Έπειτα, ευχαριστώ τον κ. Hua - Hie Yong, καθηγητή του Πανεπιστημίου Deakin της Victoria στην Australia και δημιουργό του ερωτηματολογίου για τη άδεια χρήσης, μετάφρασης και στάθμισης του εργαλείου στην ελληνική γλώσσα.

Ακόμα, ευχαριστώ θερμά την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, για την έγκριση διεξαγωγής της ερευνητικής αυτής εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου. Επίσης, ευχαριστώ ιδιαιτέρως όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν στη ερευνητική αυτή μελέτη, παρά τις δύσκολες συνθήκες που επικρατούσαν εν καιρώ πανδημίας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την απέραντη ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου για την υπομονή, τη στήριξη και τη συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια ολοκλήρωσης των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

## «ΈΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΠΟΝΟΥ PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE (REVISED)-(PAQ-R) ΣΕ ΈΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ»

### Περίληψη

**Σκοπός:** Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει την εγκυρότητα και αξιοπιστία των μετρήσεων του ερωτηματολογίου πόνου PAQ-R σε Έλληνες ασθενείς με χρόνια πόνο.

**Μέθοδος:** Η διασκευή του PAQ-R πραγματοποιήθηκε έπειτα από την άδεια έγκρισης από τον συγγραφέα του Yong H.H και έγινε σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Έλαβαν μέρος 100 ασθενείς με χρόνια πόνο (56 άνδρες και 44 γυναίκες). Για την ελληνική εκδοχή του PAQ-R πραγματοποιήθηκε έλεγχος εγκυρότητας περιεχομένου, δομικής εγκυρότητας (συγκλίνουσα εγκυρότητα, μέθοδος των γνωστών ομάδων, διερευνητική παραγοντική ανάλυση), εγκυρότητας κριτηρίου (συγχρονική εγκυρότητα), αξιοπιστίας εσωτερικής συνάφειας, αξιοπιστίας επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, αξιοπιστίας ημικλαστών.

**Αποτελέσματα:** Η ελληνική εκδοχή του PAQ-R εμφάνισε καλά αποτελέσματα εγκυρότητας περιεχομένου ( $I-CVI: 0,90 - 1,0 > 0,79$ ,  $S-CVI/Ave: 0,960 > 0,90$ ,  $S-CVI/UA 0,67 < 0,8$ ). Για τη συγκλίνουσα εγκυρότητα, μεταξύ PAQ-R/SS και PLC/PC προέκυψε  $rs= 0,770$ , PAQ-R/SS και PRCS προέκυψε  $rs= 0,518$ , PAQ-R/SS και CSQ/CSS προέκυψε  $rs= 0,724$ , PAQ-R/SS και CSQ/ΕΕΠ προέκυψε  $rs= 0,812$ , ο συσχετισμός PAQ-R/SR με την CSQ/IPS έδωσε αποτέλεσμα  $rs= 0,839$ , της PAQ-R/CS με τις 2ΕΕ, έδωσε αποτέλεσμα  $rs=0,814$ , της PAQ-R/CR με την CSQ/RPS, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν  $rs=0,765$ . Δηλαδή όλες οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου εμφάνισαν συγκλίνουσα εγκυρότητα. Η μέθοδος διαφοράς των γνωστών ομάδων φανέρωσε υψηλότερες τιμές του PAQ-R στα άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών ενώ η παραγοντική ανάλυση υποστήριξε την ύπαρξη ενός (1) μόνο παράγοντα. Όλες οι υποκλίμακες της PAQ-R εμφάνισαν συγχρονική εγκυρότητα με τις κλίμακες που συσχετίστηκαν. Ο συντελεστής Cronbach's alpha για τις υποκλίμακες PAQ-R/SS ήταν

$\alpha = 0,979$ , PAQ-R/SR βρέθηκε  $\alpha = 0,988$ , PAQ-R/CS  $\alpha = 0,987$ , PAQ-R/CR  $\alpha = 0,975$  και τέλος για το PAQ-R ήταν  $\alpha = 0,995$ , παρουσιάζοντας εξαιρετική αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας. Η αξιοπιστία των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων βρέθηκε εξαιρετική ( $r_s = 0,990$ ). Τέλος αποδείχτηκε η αξιοπιστία ημικλαστών ( $0,990$  και  $0,989$ ).

**Συμπεράσματα:** Η ελληνική εκδοχή του PAQ-R είναι έγκυρη και αξιόπιστη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από Έλληνες επαγγελματίες υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Στωικότητα, επιφυλακτικότητα, διαπολιτισμική προσαρμογή, εγκυρότητα, αξιοπιστία.

**«VALIDITY AND RELIABILITY EVIDENCE OF THE PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE (REVISED)-(PAQ-R)  
IN GREEK PATIENTS WITH CHRONIC PAIN»**

**Abstract**

**Objective:** The aim of the present study was to examine the validity and reliability of the pain attitudes questionnaire (revised)-(PAQ-R) in Greek patients with chronic pain.

**Methods:** The adaptation of PAQ-R in Greek, took place after the author's permission (Yong H.H), following international guidelines. In this study, one hundred patients with chronic pain participated (56 men and 44 women). Content validity, construct validity (convergent validity, known groups method, exploratory factor analysis), criterion validity (concurrent validity), Internal consistency reliability, test–retest reliability, split-half reliability of the Greek version has been examined.

**Results:** The Greek version of PAQ-R presented with good results for content validity (I-CVI: 0,90 – 1,0 > 0,79, S-CVI/Ave: 0,960 >0,90, S-CVI/UA 0,67 <0,8). Convergent validity testing between PAQ-R/SS and PLC/PC showed  $r_s = 0,770$ , PAQ-R/SS and PRCS showed  $r_s = 0,518$ , PAQ-R/SS and CSQ/CSS showed  $r_s = 0,724$ , PAQ-R/SS and CSQ/ΕΕΠ showed  $r_s = 0,812$ , the correlation PAQ-R/SR with CSQ/IPS gave result  $r_s = 0,839$ , PAQ-R/CS with 2EE, gave result  $r_s = 0,814$ , PAQ-R/CR with CSQ/RPS, showed  $r_s = 0,765$ . That is, all subscales of the questionnaire showed convergent validity. Known groups method testing showed higher PAQ-R values in people over 55 years of age while factor analysis supported the existence of only one factor. All PAQ-R subscales showed concurrent validity with the associated scales. Cronbach's alpha coefficient for PAQ-R / SS subscales was  $\alpha = 0.979$ , PAQ-R / SR was  $\alpha = 0.988$ , PAQ-R / CS  $\alpha = 0.987$ , PAQ-R / CR  $\alpha = 0.975$  and for PAQ -R was  $\alpha = 0.995$ , showing excellent internal consistency. The reliability of the repeated measurements was found to be also excellent ( $r_s = 0.990$ ). Finally, the reliability of split-half was proven (0.990 and 0.989).

**Conclusions:** The Greek version of PAQ-R is valid and reliable and can be used by Greek health professionals.

**Keywords:** Stoicism, cautiousness, cross cultural adaptation, validity, reliability.



## Πίνακας Περιεχομένων

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας .....	iii
Έκφραση Ευχαριστιών .....	iv
Περίληψη .....	v
Abstract.....	vii
Πίνακας Περιεχομένων.....	ix
Κατάλογος Εικόνων.....	xii
Κατάλογος Γραφημάτων.....	xiii
Κατάλογος Πινάκων.....	xiii
Κατάλογος συντομογραφιών.....	xv
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
1.1. Ορισμός και διατύπωση προβλήματος .....	1
1.2. Σημασία της έρευνας .....	3
1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις .....	4
1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί έρευνας .....	5
1.5. Λειτουργικοί όροι .....	6
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ .....	7
2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός πόνου .....	7
2.2. Ταξινόμηση του πόνου ανάλογα με τη διάρκεια .....	8
2.3. Νευροφυσιολογία του πόνου.....	10
2.3.1. Αλγαισθησία .....	10
2.3.2. Μετατροπή .....	11
2.3.3. Μεταβίβαση.....	11
2.3.4. Τροποποίηση .....	13
2.3.5. Αντίληψη.....	14
2.4. Επιπολασμός χρόνιου πόνου.....	14
2.5. Παράγοντες κινδύνου .....	16
2.5.1. Δημογραφικοί παράγοντες.....	16
2.5.2. Τρόπος ζωής και συμπεριφορά ατόμου.....	17

2.5.3.	Κλινικοί παράγοντες .....	18
2.5.4.	Άλλοι παράγοντες .....	18
2.6.	Χρόνιος πόνος και ποιότητα ζωής .....	19
2.7.	Αξιολόγηση χρόνιου πόνου .....	20
2.7.1.	Προφορική κλίμακα αξιολόγησης (Verbal Rating Scale - VRS).....	21
2.7.2.	Οπτική αναλογική κλίμακα αξιολόγησης πόνου (Visual Analogue Scale - VAS) 22	
2.7.3.	Αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης πόνου (Numerical Rating Scale - NRS).....	23
2.7.4.	Κλίμακα αξιολόγησης πόνου Wong-Baker με εκφράσεις προσώπου (Wong- Baker Faces Pain Rating Scale - WBS) .....	24
2.7.5.	Ερωτηματολόγιο πόνου McGill Pain Questionnaire - MPQ.....	25
2.7.6.	Σύντομη απογραφή πόνου (Brief Pain Inventory - BPI).....	27
2.8.	Ψυχικές και γνωσιακές παράμετροι αξιολόγησης του πόνου .....	28
2.8.1.	Beck Depression Inventory - BDI.....	28
2.8.2.	Zung Self-Rating Depression Scale - ZDRS.....	29
2.8.3.	Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS.....	29
2.8.4.	Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire - FABQ.....	30
2.8.5.	Tampa Scale of Kinesiophobia - TSK .....	31
2.8.6.	Pain Catastrophizing Scale - PCS .....	31
2.8.7.	Coping Strategies Questionnaire - CSQ.....	31
2.8.8.	Modified Somatic Perception Questionnaire- MSPQ .....	32
2.8.9.	Pain-Related Self Statements Scale - PRSS and the Pain-Related Control Scale - PRCS 32	
2.9.	Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του χρόνιου πόνου .....	32
2.10.	Στάσεις και πεποιθήσεις ασθενών με χρόνια πόνο.....	35
2.10.1.	Στωικισμός και επιφυλακτικότητα ως στάσεις σχετιζόμενες με τον χρόνια πόνο. 39	
2.11.	Διαπολιτισμική προσαρμογή ενός ερωτηματολογίου .....	42
2.12.	Έλεγχος εγκυρότητας μετρήσεων ερωτηματολογίου .....	43
2.13.	Έλεγχος αξιοπιστίας μετρήσεων ερωτηματολογίου .....	46
III.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	48
3.1.	Το ερωτηματολόγιο PAQ-R.....	48

3.2.	Άδεια χρήσης .....	48
3.3.	Τρόπος μετάφρασης.....	49
3.4.	Συμμετέχοντες .....	50
3.5.	Εργαλεία αξιολόγησης.....	51
3.5.1.	Ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία. ....	51
3.5.2.	Έλληνική έκδοση του Pain Attitudes Questionnaire (revised)- PAQ-R .....	51
3.5.3.	Ελληνική έκδοση του Pain Locus of Control - PLC-GR .....	51
3.5.4.	Ελληνική έκδοση του Coping Strategies Questionnaire - CSQ .....	52
3.5.5.	Ελληνική έκδοση της Pain-Related Control Scales - PRCS .....	53
3.5.6.	Ερωτήσεις ελέγχου .....	53
3.6.	Διαδικασία μέτρησης.....	54
3.7.	Στατιστική Ανάλυση .....	55
IV.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	57
4.1.	Περιγραφική ανάλυση των δεδομένων .....	57
4.1.1.	Περιγραφική ανάλυση δημογραφικών .....	57
4.2.	Εγκυρότητα Περιεχομένου .....	64
4.3.	Δομική Εγκυρότητα.....	65
4.3.1.	Συγκλίνουσα Εγκυρότητα .....	65
4.3.2.	Μέθοδος των γνωστών ομάδων.....	68
4.3.3.	Παραγοντική ανάλυση.....	69
4.4.	Εγκυρότητα κριτηρίου του PAQ-R. ....	71
4.4.1.	Συγχρονική εγκυρότητα .....	71
4.5.	Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του PAQ-R.....	71
4.6.	Αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων .....	72
4.7.	Αξιοπιστία Ημικλαστών .....	73
V.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	74
VI.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	77
VII.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	78
VIII.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	90
	ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	91

## Κατάλογος Εικόνων

ΕΙΚΟΝΕΣ		
<b>2.1</b>	Οδοί πόνου	Σελ.13
<b>2.2</b>	Προφορική κλίμακα VRS	Σελ.22
<b>2.3</b>	Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS	Σελ.23
<b>2.4</b>	Αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης πόνου	Σελ.24
<b>2.5</b>	Κλίμακα Αξιολόγησης πόνου Wong-Baker με σκίτσα προσώπου	Σελ. 25
<b>2.6</b>	Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)	Σελ.26
<b>2.7</b>	The greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire (GR-SFMPQ)	Σελ.27
<b>2.8</b>	Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο χρόνιου πόνου	Σελ.35
<b>2.9</b>	Κατανόηση των στάσεων και των πεποιθήσεων ως καθοριστικοί παράγοντες εμφάνισης του πόνου μέσω του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου	Σελ.38

### Κατάλογος Γραφημάτων

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ		
<b>4.1.1α</b>	Απεικόνιση ποσοστού φύλου συμμετεχόντων	Σελ. 57
<b>4.1.1β</b>	Απεικόνιση συχνοτήτων ηλικίας συμμετεχόντων	Σελ. 58
<b>4.1.1γ</b>	Απεικόνιση συχνοτήτων μορφωτικού επιπέδου συμμετεχόντων	Σελ. 59
<b>4.1.1δ</b>	Απεικόνιση ποσοστού οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων	Σελ. 60
<b>4.1.1ε</b>	Απεικόνιση ποσοστού εργασιακής κατάστασης συμμετεχόντων	Σελ. 61
<b>4.1.1ζ</b>	Απεικόνιση ποσοστού διαγνωσμένης πάθησης συμμετεχόντων.	Σελ. 62
<b>4.1.1η</b>	Απεικόνιση ποσοστού διάρκειας επώδυνης κατάστασης των συμμετεχόντων	Σελ. 63
<b>4.1.1θ</b>	Απεικόνιση ποσοστού του τρόπου αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου των συμμετεχόντων	Σελ. 64
<b>4.3</b>	Απότομη μεταβολή κλίσης scree plot.	Σελ. 70

### Κατάλογος Πινάκων

ΠΙΝΑΚΕΣ		
<b>4.2</b>	Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) μέσω του υπολογισμού του δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου (CVI). Η βαθμολογία των 24 προτάσεων του	Σελ. 64

	ερωτηματολογίου PAQ-R από 10 εμπειρογνώμονες (φυσικοθεραπευτές-φ/θ) ως προς τη συνάφεια τους με την αξιολόγηση της στωικότητας και της επιφυλακτικότητας, ως στάσεις/πεποιθήσεις χρόνιου πόνου	
<b>4.3.1</b>	Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και PLC/PC.	Σελ. 66
<b>4.3.2</b>	Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και PRCS.	Σελ. 66
<b>4.3.3</b>	Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και CSQ/CSS.	Σελ. 67
<b>4.3.4.</b>	Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και CSQ/ΕΕΠ	Σελ. 67
<b>4.3.5</b>	Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και CSQ/IPS..	Σελ. 68
<b>4.3.6</b>	Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/CS και 2EE.	Σελ. 68
<b>4.3.7.</b>	Αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney U	Σελ. 69
<b>4.3.8</b>	Έλεγχος ΚΜΟ	Σελ. 70
<b>4.5</b>	Δείκτης εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) για τα 24 ερωτήματα του PAQ-R.	Σελ. 72
<b>4.6</b>	Έλεγχος επαναληπτικών μετρήσεων του PAQ-R	Σελ. 72
<b>4.7</b>	Συντελεστή συσχέτισης των βαθμολογιών των μονών και των ζυγών ερωτήσεων του PAQ-R.	Σελ. 73

## **Κατάλογος συντομογραφιών**

**PAQ-R** : Pain Attitudes Questionnaire- Revised

**VRS** : Verbal Rating Scale

**VAS** : Visual Analogue Scale

**NRS** : Numerical Rating Scale

**WBS** : Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

**MPQ** : McGill Pain Questionnaire

**SF-MPQ**: short-form McGill Pain Questionnaire

**BPI** : Brief Pain Inventory

**BDI** : Beck Depression Inventory

**ZDRS** : Zung Self-Rating Depression Scale

**HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale

**FABQ** : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

**TSK** : Tampa Scale of Kinesiophobia

**PCS** : Pain Catastrophizing Scale

**CSQ** : Coping Strategies Questionnaire

**MSPQ** : Modified Somatic Perception Questionnaire

**PRSS** : Pain-Related Self Statements Scale

**PRCS** : Pain-Related Control Scale

**PAQ-R/SR** : Stoic-Reticence subscale of PAQ-R

**PAQ-R/SS** : Stoic-Superiority subscale of PAQ-R

**PAQ-R/CS** : Cautious-Self doubt subscale of PAQ-R

**PAQ-R/CR** : Cautious-Reluctance subscale of PAQ-R

**PLC** : Pain Locus of Control

**PLC/PC** : pain control scale subscale of PLC

**CSQ/IPS** : Ignoring pain sensations subscale of CSQ

**CSQ/RPS** : Reinterpreting Pain-Sensations subscale of CSQ

**CSQ/CSS** : Coping self-statements subscale of CSQ

**CSQ/ΕΕΠ** : CSQ/ Ερωτήσεις Ελέγχου Πόνου

**2 ΕΕ** : Δύο ερωτήσεις ελέγχου



## Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1. Ορισμός και διατύπωση προβλήματος

Ο χρόνιος πόνος αναφέρεται σήμερα ως μια από τις σημαντικότερες αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως. Αποτελεί ένα από τους πιο συνηθισμένους λόγους που οι ενήλικες θα αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Συνδέεται με περιορισμούς στην κινητικότητα και τις καθημερινές δραστηριότητες, με εξάρτηση από οπιοειδή φάρμακα, με φαινόμενα άγχους, κατάθλιψης και διαταραχών ύπνου, με κακή προσαρμογή στα θεραπευτικά πρωτόκολλα και επομένως με υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Ο χρόνιος πόνος είναι μια συχνή πάθηση που επηρεάζει περίπου το 20% των ανθρώπων παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας με αυτό τον τρόπο το 15% -20% των ιατρικών επισκέψεων (Treede et al, 2015). Εκτιμάται ότι ο ενήλικος πληθυσμός στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) που βιώνει χρόνια πόνο, ανέρχεται στο 40%. Ενώ, υπολογίζεται ότι 25 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ και 14 εκατομμύρια στο Ηνωμένο Βασίλειο, βιώνει καθημερινά τον πόνο (Nahin, 2015).

Επηρεάζει σημαντικά την ευημερία του παγκόσμιου πληθυσμού και προκαλεί τεράστιο κοινωνικοοικονομικό βάρος τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο και για αυτό τον λόγο αποτελεί ένα βαρύνουσα σημασίας δημόσιο πρόβλημα υγείας. Λόγω του χρόνιου πόνου, ο χαμένος χρόνος εργασίας εκτιμάται ότι υπερβαίνει τις 50 εκατομμύρια ημέρες, κάτι το οποίο αντιστοιχεί με χαμένη παραγωγικότητα της τάξεως των 61,2 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως. Το συνολικό άμεσο και έμμεσο κόστος του επίμονου πόνου εκτιμάται ότι είναι 560 -635 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως και υπερβαίνει αρκετά το κόστος οποιασδήποτε άλλης συχνής ασθένειας συμπεριλαμβανομένου των καρδιοαγγειακών νοσημάτων (309 δισ. δολάρια), νεοπλασμάτων (243 δισ. δολάρια), των τραυματισμών και της δηλητηρίασης (205 δισ. δολάρια), των ενδοκρινικών διαταραχών (127 δισ. δολάρια), των γαστρεντερικών προβλημάτων (112δισ. δολάρια) και των πνευμονικών παθήσεων (112 δισ. Δολάρια). Οι συννοσηρότητες που σχετίζονται με τον χρόνια πόνο είναι ένα επιπλέον βάρος τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για το οικογενειακό του περιβάλλον. Συχνά, το άτομο

που βιώνει χρόνιο πόνο αδυνατεί να εργαστεί όπως παλαιότερα και επομένως αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα που διαχέονται σε όλη την οικογένεια. Παράλληλα, η συνεχής αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, προκαλεί συνεχόμενο κόστος για όλη την οικογένεια. Ακόμα, ο ασθενής που νοσεί από χρόνιο πόνο, συχνά βιώνει κοινωνική απομόνωση αφού πολλές φορές δεν γίνεται πιστευτός από το περιβάλλον του και ο ίδιος νιώθει ότι γίνεται βάρος στους υπολοίπους. Μαζί με αυτόν, τον κοινωνικό αποκλεισμό αισθάνονται και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αφού συχνά κάποιος από αυτούς, καταλήγει να είναι ο φροντιστής του (Dinakar et al, 2016).

Έτσι λοιπόν, γίνεται εύκολα κατανοητή η σημαντικότητα της αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου. Ωστόσο, ακόμα και σήμερα πολλοί είναι εκείνοι που δεν λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, με αποτέλεσμα να υφίστανται τα αποτελέσματα και τον συνοδό αντίκτυπο του χρόνιου πόνου. Ο αριθμός των ατόμων με επίμονο πόνο που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία δεν προσδιορίζεται εύκολα ούτε αναφέρεται ξεκάθαρα σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες. Βέβαια, υπολογίζεται ότι είναι ένας αξιόλογος αριθμός. (Wade et al., 2017) Αυτό συνήθως προκύπτει από το γεγονός, ότι συχνά δεν αξιολογούνται άλλες παράμετροι που αποδεδειγμένα επηρεάζουν τη σοβαρότητα του χρόνιου πόνου καθώς και την ανταπόκριση των ατόμων στην επιλεγμένη θεραπεία. Παραλείπονται γνωσιακά και ψυχολογικά στοιχεία όπως οι αντιλήψεις, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις του ατόμου με χρόνιο πόνο. Η σημασία των πεποιθήσεων και των στάσεων στη διαμόρφωση του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στον πόνο έχει αναγνωριστεί εδώ και καιρό (Parmelee 1997; Rybstein-Blinchik 1979; Strong et al., 1992; Turk & Rudy 1986; Turk & Rudy 1992). Αυτό συνηγορεί με την άποψη ότι ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη εμπειρία που περιλαμβάνει αισθητηριακά, συναισθηματικά και γνωστικά χαρακτηριστικά (Melzack & Casey 1968). Έτσι, μια λανθασμένη πεποίθηση ή στάση του ατόμου απέναντι στον πόνο, προκαλεί συχνά μια παρατεταμένη αλγεινή κατάσταση υψηλής έντασης, η οποία δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτικά σχήματα που βασίζονται στη βιοϊατρική προσέγγιση (Jia et al, 2016).

Πιο συγκεκριμένα στάσεις όπως η στωικότητα και η επιφυλακτικότητα, αποτελούν πολύπλοκες και πολυδιάστατες έννοιες που συμβάλλουν στην ελλιπή αναφορά συμπτωμάτων πόνου. Αυτό γίνεται αντιληπτό συνήθως σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (Portenoy & Farkash, 1988; Gibson & Helme, 2001). Με την πάροδο του χρόνου, οι άνθρωποι τείνουν να είναι πιο απρόθυμοι να εκφράσουν τον πόνο τους και εμφανίζουν μεγαλύτερη αποδοχή πόνου αφού τον αντιλαμβάνονται ως ένα φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης. Στο πλαίσιο μιας ασθένειας, οι στάσεις αυτές έχουν συνδεθεί με καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας, με ανεπαρκή θεραπεία, με αυξημένη πίεση για τον φροντιστή και αυτοκαταστροφικές τάσεις για το ίδιο το άτομο (Pathak et al, 2017). Επομένως, η στωική και επιφυλακτική στάση απέναντι στο πόνο, πρέπει να αξιολογούνται έγκαιρα στους ασθενείς με χρόνιο πόνο και φυσικά να αντιμετωπίζονται με ολιστικά πρωτόκολλα, βάσει του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.

## **1.2. Σημασία της έρευνας**

Όπως ήδη αναφέρθηκε, στάσεις και πεποιθήσεις όπως η στωικότητα και η επιφυλακτικότητα, αποτελούν γνωστικούς παράγοντες που επιτρέπουν την αποδοχή του πόνου. Έτσι, οι στωικοί και οι επιφυλακτικοί ασθενείς αργοπορημένα απευθύνονται στους ειδικούς για βοήθεια, συντηρώντας με αυτόν τον τρόπο την χρονιότητα του πόνου, οξύνοντας παράλληλα τις αρνητικές επιπτώσεις του. Η έγκαιρη αναγνώριση αυτών των στάσεων είναι κρίσιμη για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας ώστε ο ασθενής να αντιμετωπιστεί ολιστικά και να ξεφύγει από αντιλήψεις που μειώνουν την ποιότητα της ζωής του.

Η χρησιμότητα αυτής της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει ένα ικανό εργαλείο που να μπορεί να ανιχνεύσει αποτελεσματικά και γρήγορα τη στωικότητα και την επιφυλακτικότητα που συχνά εμφανίζονται ως τρόπος αντιμετώπισης του πόνου, από τον ίδιο τον ασθενή, ιδιαιτέρως από τον ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας. Η μελέτη αυτή σταθμίζει στην ελληνική γλώσσα το Pain Attitudes Questionnaire- Revised (PAQ-R). Αντικειμενικός στόχος της έρευνας αυτής, είναι οι κλινικοί και οι ερευνητές στην Ελλάδα να μπορούν να αξιολογούν τις πεποιθήσεις που σχετίζονται με τον πόνο ώστε να μπορούν να

οργανώσουν ένα πιο αποτελεσματικό πλάνο θεραπείας για τους ασθενείς με χρόνια πόνο που θα συμπεριλαμβάνει κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, καταρρίπτοντας τις λανθάνουσες πεποιθήσεις του ασθενή.

### **1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις**

Για να υλοποιηθεί μια έρευνα, θα πρέπει να προϋπάρχουν κάποια ερωτήματα, τα οποία απασχολούν τον ερευνητή και επομένως θα ήθελε να απαντήσει, προσφέροντας μια νέα γνώση στην επιστημονική κοινότητα. Το ερώτημα αυτό είναι εκείνο που θα εκκινήσει τη διαδικασία της μελέτης. Η διατύπωση του σκοπού, του ερευνητικού ερωτήματος και των ερευνητικών υποθέσεων παρέχουν σημαντικές πληροφορίες του θέματος που θα διερευνηθεί. Προσφέρουν την ενημέρωση και επιτρέπουν σε κάποιον αναγνώστη να καταλάβει σε τι αναφέρεται η έρευνα.

Στην παρούσα μελέτη λοιπόν, το ερευνητικό ερώτημα διαμορφώθηκε έπειτα από την παρατήρηση του αυξημένου επιπολασμού του χρόνιου πόνου στην κλινική εμπειρία του ερευνητή. Τα θεραπευτικά σχήματα που προσφέρονται στις μέρες μας είναι ποικίλλα και ομολογουμένως υπερτερούν σε σχέση με τα παλαιότερα. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτών, δεν είναι πάντα αποτελεσματική. Ο καθορισμός της σημαντικότητας των στάσεων και των πεποιθήσεων των ασθενών με χρόνια πόνο στην ανταπόκριση της θεραπευτικής επιλογής είναι ένα πολυσυζητημένο θέμα στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Στάσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούνται από τους ασθενείς πρέπει να αναγνωρίζονται άμεσα από τον θεραπευτή ώστε να επιλέγεται η κατάλληλη προσέγγιση, που θα οδηγήσει στην βέλτιστη διαχείριση του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή. Στάσεις όπως η στωικότητα και η επιφυλακτικότητα πρέπει να αξιολογούνται στους ασθενείς με χρόνια πόνο, διότι συχνά οδηγούν σε μειωμένη αναφορά των επώδυνων συμπτωμάτων, σε αποδοχή του πόνου από τους ασθενείς έπειτα από την εφαρμογή ενός μη αποτελεσματικού θεραπευτικού πρωτοκόλλου, σε συντήρηση της χρονιότητας της αλγεινής κατάστασης και επομένως στην υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους.

Το ερευνητικό ερώτημα λοιπόν της παρούσας μελέτης είναι : “Με ποιο εργαλείο θα μπορούσε να αξιολογηθούν και να μετρηθούν στάσεις σχετιζόμενες με τον χρόνιο πόνο όπως η στωικότητα και η επιφυλακτικότητα σε Έλληνες ασθενείς που νοσούν;”.

Αντίστοιχα προκύπτουν οι παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις :

Μηδενική Υπόθεση-H0 : Η ελληνική εκδοχή του PAQ-R δεν αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης των στάσεων της στωικότητας και της επιφυλακτικότητας σε ασθενείς με χρόνιο πόνο.

Εναλλακτική Υπόθεση-H1 : Η ελληνική εκδοχή του PAQ-R αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης των στάσεων της στωικότητας και της επιφυλακτικότητας σε ασθενείς με χρόνιο πόνο.

#### **1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί έρευνας**

Η παρούσα έρευνα έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια που εξελισσόταν σε ολόκληρο τον πλανήτη η πανδημία της νόσου του κορονοϊού 2019 (COVID-19), η οποία προκαλείται από τον κορονοϊό SARS-CoV-2. Λόγω της πανδημίας και των περιοριστικών μέτρων που είχαν επιβληθεί για την καταπολέμηση της διασποράς, παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες στην υλοποίηση της μελέτης, που είχαν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση στη συλλογή του απαραίτητου δείγματος. Τα ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών (N.N.A), έπειτα από τη χορήγηση της απαραίτητης άδειας. Ωστόσο, αρχικός στόχος ήταν ο επιπλέον διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων σε ιδιωτικά κέντρα φυσικοθεραπείας και άλλες δημόσιες δομές υγείας. Κάτι το οποίο, ήταν αδύνατο να προχωρήσει λόγω των μέτρων που ήταν σε ισχύ και αποσκοπούσαν στη μείωση της εξάπλωσης της νέας νόσου. Λόγω του κορονοϊού, πολλές φορές οι συνοδοί των ασθενών προέτρεψαν τους τελευταίους να μην συμμετάσχουν διότι δεν ήθελαν περαιτέρω επαφές με υγειονομικό προσωπικό. Την ίδια στιγμή, η μείωση των λειτουργιών του νοσοκομείου, όπως η μείωση των τακτικών

χειρουργικών επεμβάσεων και των προγραμματισμένων ραντεβού για επισκέψεις στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, προκάλεσε την μειωμένη εισροή ασθενών και ως εκ τούτου μειώθηκε το μέγεθος του δείγματος που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί.

Επιπρόσθετα, κάποιοι ασθενείς, δεν ήταν πρόθυμοι να λάβουν μέρος διότι είχαν περιορισμένες γνώσεις στον τομέα των ερευνών και ως εκ τούτου, αντιμετώπισαν το ερευνητικό έργο καχύποπτα και αρνητικά. Ενώ κάποιοι άλλοι αρνήθηκαν να τους δοθούν τα ερωτηματολόγια χωρίς να αναφέρουν το λόγο αυτής της απόφασης. Τέλος, δεν συμμετείχαν νοσούντες που την πρώτη ημέρα συνάντησης, θα λάμβαναν εξιτήριο και επομένως δεν θα μπορούσαν να ολοκληρώσουν την επαναληπτική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

### **1.5. Λειτουργικοί όροι**

**Αξιοπιστία:** Ένα ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο, όταν σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις που λαμβάνουν χώρα σε διαφορετική χρονική περίοδο, μετράει με σταθερότητα και συνέπεια τη μεταβλητή που αναφέρεται ότι μετράει (Thomas & Nelson 1996).

**Εγκυρότητα:** Ένα ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο, όταν μετράει με ακρίβεια τη μεταβλητή που θεωρητικά αυτό μετράει (Thomas & Nelson 1996).

**Πόνος:** Ορίζεται η δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με υπαρκτή ή δυνητική ιστική βλάβη, ή περιγράφεται με όρους ιστικής βλάβης (IASP).

**Χρόνιος πόνος:** Ο πόνος που έχει διάρκεια ίση ή μεγαλύτερη των τριών μηνών (IASP).

**Στωικότητα που σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο:** Αναφέρεται ως η απροθυμία κάποιου να εκφράσει την επώδυνη εμπειρία του. Όταν κάποιος αντιδρά με καρτερικότητα και απάθεια στον πόνο (Yong et al, 2003).

**Επιφυλακτικότητα που σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο:** Συνδέεται με την αυτοπεποίθηση κάποιου να κρίνει αν κάτι προκαλεί πόνο ή όχι και με την προθυμία που έχει να χαρακτηρίσει και να ονομάσει ένα σύμπτωμα ως επώδυνο (Yong et al, 2003).

## II.ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

### 2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός πόνου

Μέχρι τη δεκαετία του 1960, ο πόνος θεωρούταν μια αναπόφευκτη αισθητηριακή απόκριση προερχόμενη από βλάβη των ιστών. Εξεταζόταν σε ελάχιστες περιπτώσεις η συναισθηματική διάσταση της επώδυνης εμπειρίας ενώ σπάνια γινόταν λόγος για την επίδραση του άγχους, της προσδοκίας, της προηγούμενης εμπειρίας και των γενετικών διαφορών στον πόνο. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει πραγματοποιηθεί σημαντική πρόοδος στην κατανόηση των μηχανισμών που διέπουν τον πόνο και στην θεραπεία των ατόμων που ταλαιπωρούνται από αυτόν. Παράλληλα, έχουν αποσαφηνιστεί οι μη σωματικοί παράγοντες που τον ενισχύουν. Ομολογουμένως, ο πόνος είναι η πιο συχνή αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Κάθε άτομο στην παιδική ή ενήλικη ζωή του έχει έρθει αντιμέτωπο με επώδυνες εμπειρίες όπως το έγκαυμα, ο πονοκέφαλος, μια εκδορά, το μετεγχειρητικό πόνο ενώ οι ηλικιωμένοι συχνά αντιμετωπίζουν παθήσεις που συνοδεύονται από χρόνια πόνο. Στην σύγχρονη επιστημονική κοινότητα, ο πόνος αναφέρεται σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δοθεί από τη Διεθνή Εταιρία Μελέτης του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP). Έτσι λοιπόν, ως πόνος ορίζεται η δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με υπαρκτή ή δυνητική ιστική βλάβη, ή περιγράφεται με όρους ιστικής βλάβης. Ο ορισμός αυτός διατυπώθηκε το 1979 και παραμένει ακόμα και σήμερα σε ισχύ. Μέσω αυτού, γίνεται εύκολα αντιληπτή η υποκειμενική διάσταση του πόνου καθώς επίσης σημειώνεται το δικαίωμα του ασθενή να αντιμετωπίζει τον πόνο που δεν συνδέεται με ιστική βλάβη (Loeser & Melzack,1999).

## 2.2. Ταξινόμηση του πόνου ανάλογα με τη διάρκεια

Παροδικός πόνος : Προκαλείται από την ενεργοποίηση των αλγαισθητικών μετατροπέων που βρίσκονται στο δέρμα ή σε άλλο ιστό με την απουσία οποιασδήποτε ιστικής βλάβης. Η λειτουργία ενός τέτοιου πόνου στο άτομο εξαρτάται από τη ταχύτητα έναρξης έπειτα από τη διέγερση που έλαβε χώρα και τη ταχύτητα μετατόπισης που υποδηλώνει ότι η φυσική διαταραχή που επηρέασε το σώμα, δεν το πλήττει πια. Προφανώς, η ύπαρξη και η εξέλιξη του παροδικού πόνου πραγματοποιήθηκε για να προστατεύσει το άτομο από τις σωματικές βλάβες που μπορεί να προκληθούν από το περιβάλλον ή από το υπερβολικό άγχος των ιστών του ανθρώπινου σώματος. Αυτό το είδος πόνου, υπάρχει συχνά στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων αλλά σπάνια τους οδηγεί να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη (Loeser & Melzack,1999).

Οξύς πόνος : Προκαλείται από κάποιο σοβαρό τραυματισμό των ιστών καθώς και από την ενεργοποίηση των αλγαισθητικών μετατροπέων που βρίσκονται τοπικά στην περιοχή της βλάβης. Ο τοπικός αυτός τραυματισμός μεταβάλλει τα χαρακτηριστικά απόκρισης των αλγούποδοχέων, τις κεντρικές τους συνδέσεις και το αυτόνομο νευρικό σύστημα στην περιοχή. Η περιοχική βλάβη ωστόσο, δεν υπερνικά τους μηχανισμούς επούλωσης και έτσι η αποκατάσταση πραγματοποιείται χωρίς ιατρική βοήθεια. Το άτομο σταματά να αναφέρει τον πόνο πριν ολοκληρωθεί η επούλωση. Στην περίπτωση αυτή, οι ιατρικές παρεμβάσεις φαίνεται πως χρησιμεύουν κυρίως με δύο τρόπους αφού μπορούν να αποτρέψουν ή να ελαχιστοποιήσουν τον πόνο ενώ ταυτόχρονα, προωθούν τη διαδικασία επούλωσης, μειώνοντας σημαντικά τη διάρκεια του τραυματισμού. Έτσι, η αναζήτηση βοήθειας σε υγειονομικές δομές φαίνεται να είναι συχνή σε καταστάσεις οξύ πόνου. Αυτός ο τύπος πόνου παρατηρείται κυρίως έπειτα από τραύμα, χειρουργικές επεμβάσεις και ορισμένες ασθένειες. Δεδομένου ότι η διαδικασία επούλωσης διαρκεί συνήθως μερικές ημέρες ή μερικές εβδομάδες, ο πόνος που επιμένει για μήνες ή χρόνια δεν χαρακτηρίζεται ως οξύς. Ωστόσο, σε περιπτώσεις κακοήθων όγκων, οι μεταστάσεις και η προσβολή των ιστών του σώματος μπορεί να οδηγήσει σε οξύ πόνο που εμφανίζεται συνεχώς (Loeser & Melzack,1999). Ο



ασθενής δεν αναφέρει συνεχώς τον οξύ πόνο αλλά μόνο κατά περιόδους, κυρίως όταν υπάρχει κάποιος τραυματισμός. Αν και είναι μια δυσάρεστη για τον ασθενή κατάσταση, φαίνεται να έχει μια θετική σημασία αφού παίζει καθοριστικό προειδοποιητικό ρόλο κατά του τραυματισμού. Διαθέτει δηλαδή έναν ενημερωτικό ρόλο ως προς τον οργανισμό για μια πιθανή απειλή που μπορεί να οδηγήσει σε ιστική βλάβη (International Association for the Study of Pain, 2011).

Χρόνιος πόνος : Ανευρίσκεται συχνά σε παθήσεις όπως η χρόνια οσφυαλγία, η ινομυαλγία, η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Είναι ο πόνος που μπορεί να εμφανιστεί έπειτα από την ύπαρξη ενός τραυματισμού ή την εξέλιξη μιας ασθένειας, αλλά συνεχίζει να υφίσταται κυρίως λόγω παραγόντων που δεν σχετίζονται με την αρχική αιτία γέννησης του πόνου. Σε αντίθεση με το τραύμα που οδηγεί σε εμφάνιση οξύ πόνου, η φύση εδώ του τραύματος μπορεί να υπερβεί την ικανότητα του σώματος να θεραπεύσει τη βλάβη, λόγω της απώλειας ενός μέρους του σώματος, της έκτασης που καταλαμβάνει η βλάβη, τις επακόλουθες ουλές ή την εμπλοκή του νευρικού συστήματος στον τραυματισμό. Το νευρικό σύστημα μπορεί να υποστεί βλάβη από τον αρχικό τραυματισμό με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι σε θέση να αποκατασταθεί. Εκτός από τα σύνδρομα του χρόνιου πόνου, στα οποία η ένταση του πόνου είναι ανάλογη με τον αρχικό τραυματισμό ή την υποκείμενη βλάβη των ιστών, υπάρχουν και άλλα σύνδρομα, τα οποία μπορεί να εμφανιστούν αυθόρμητα με παράλληλη απουσία τραυματισμού. Όλοι οι τύποι χρόνιου πόνου οδηγούν τους ανθρώπους να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη, αλλά συχνά αυτοί λαμβάνουν ανεπαρκή φροντίδα. Επειδή ο χρόνιος πόνος είναι αδυσώπητος, είναι πιθανό το άγχος, οι περιβαλλοντικοί και συναισθηματικοί παράγοντες να επικαλύπτουν τον αρχικό κατεστραμμένο ιστό και να συμβάλλουν στην ένταση και την επιμονή του πόνου, δηλαδή στη μετάβαση του σε χρονιότητα. Η θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι διαφορετική από ότι στον οξύ πόνο αφού στον πρώτο, η ιατρική φροντίδα μπορεί να προσφέρει μια περιστασιακή ανακούφιση χωρίς την πραγματική αντιμετώπιση του αιτίου της πάθησης, ενώ ο πόνος συχνά συνεχίζει έπειτα από τη λήξη της θεραπείας (Loeser & Melzack, 1999).

Ο ασθενής μπορεί να αναφέρει συνεχώς τον χρόνιο πόνο αφού ο τελευταίος έχει απρόβλεπτη διάρκεια και συνήθως γίνεται αντιληπτός για περισσότερο από τρεις μήνες. Λαμβάνει χώρα περισσότερο από όσο χρειάζεται ο επουλωτικός μηχανισμός να αποκαταστήσει τη βλάβη. Η ένταση της επώδυνης εμπειρίας ποικίλλει αλλά ακόμα και όταν αυτή δεν είναι αρκετά έντονη, επηρεάζει την καθημερινότητα του ατόμου, αφού μειώνει αισθητά την ποιότητα ζωής του. Ο χρόνιος πόνος δεν είναι προειδοποιητικός και με αυτό τον τρόπο εμφανίζει μόνο αρνητική σημασία (International Association for the Study of Pain, 2011). Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του είναι ότι συνοδεύεται σχεδόν πάντα από στοιχεία κεντρικής ευαισθητοποίησης. Ο χρόνιος πόνος είναι μια πολυσύνθετη εμπειρία με έντονη αισθητική και συναισθηματική διάσταση ενώ διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς εξαρτάται τόσο από τον τύπο του πόνου όσο και από τη ψυχική κατάσταση του ατόμου. Γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες έχουν σημαντική επιρροή στην αντίληψη του πόνου και αυτή η σχέση προέρχεται λόγω της συνδεσιμότητας των περιοχών του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για την αντίληψη του πόνου, την προσδοκία και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Μάλιστα πολλές μελέτες πλέον αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που ζουν με τον χρόνιο πόνο, εμφανίζουν αλλοιώσεις στις περιοχές αυτές (Crofford, 2015).

### **2.3. Νευροφυσιολογία του πόνου**

#### **2.3.1. Αλγαισθησία**

Από τη στιγμή που κάποιο ερέθισμα προκαλέσει κάποιο τραυματισμό στον οργανισμό ενεργοποιείται μια συγκεκριμένη και ιδιαίτερη διαδικασία. Όταν υπάρχει δηλαδή οποιαδήποτε μορφή ερεθίσματος (μηχανικού, θερμικού κτλ), ο πόνος αποτελεί μια φυσιολογική απόκριση του οργανισμού. Η διαδικασία αυτή αντίληψης του πόνου ονομάζεται αλγαισθησία. Για να γίνει αντιληπτός ο πόνος στοιχεία τόσο του περιφερικού όσο και του κεντρικού νευρικού συστήματος αλληλοεπιδρούν. Αρχικά οι περιφερικοί υποδοχείς (αλγυποδοχείς) διεγείρονται από το ερέθισμα. Τα περιφερικά νεύρα ωθούν το μήνυμα στα ραχιαία ριζικά γάγγλια του οπίσθιου κέρατος του νωτιαίου μυελού ώστε τελικά αυτό να φθάσει στον εγκέφαλο μέσω της θαλαμονωτιαίας οδού και να γίνει αντιληπτό ως πόνος στο επίπεδο του εγκεφαλικού φλοιού. Η αλγαισθησία διακρίνεται σε 4 στάδια, στο στάδιο της

μετατροπής (transduction), μεταβίβασης (transmission), τροποποίησης (modulation) , της αντίληψης (perception) (Dinakar et al, 2016).

### **2.3.2. Μετατροπή**

Το επώδυνο ερέθισμα, θα γίνει αντιληπτό από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, μόνο εάν μεσολαβήσουν ιδιαίτερα πολύπλοκες διαδικασίες. Η πρώτη διεργασία που θα λάβει χώρα για τον σκοπό αυτό, είναι η μετατροπή. Μέσω της μετατροπής, το αλγινό ερέθισμα λαμβάνει τη μορφή μιας ηλεκτρικής ώσης. Δηλαδή, εάν ένα ερέθισμα έχει τέτοια ένταση που ξεπερνάει το κατώφλι και μπορεί να προκαλέσει μια δυναμική δράση, δημιουργείται μια νευρική ώθηση. Δεν μπορούν όλα τα ερεθίσματα, να ενεργοποιήσουν όλους τους αλγυποδοχείς, δηλαδή τις ελεύθερες νευρικές απολήξεις που είναι διάσπαρτες στο δέρμα, στα μυϊκά και οστικά στοιχεία, στις αρθρώσεις και στα σπλάχνα. Αν το ερέθισμα είναι έντονο, θα ανταποκριθούν οι μεγάλες-εμμύελες Αδ ίνες που θα μεταφέρουν την νευρική ώθηση πολύ γρήγορα (12-30 m/sec). Ως εκ τούτου, θα παραχθεί ένας οξύς, καλά εντοπισμένος πόνος που οδηγεί σε ενεργοποίηση μηχανισμών γρήγορης αντίδρασης, αντανακλαστικών και σε κινήσεις αποφυγής ώστε να εξαλειφθεί το επώδυνο ερέθισμα. Οι Αδ ίνες θα ενεργοποιηθούν απευθείας από το βλαπτικό στοιχείο. Αντιθέτως, οι λεπτές – αμύελες C ίνες, θα ευαισθητοποιηθούν από την παραγωγή διάφορων ουσιών που εκκρίνονται ως ακόλουθο αποτέλεσμα μιας ιστικής βλάβης. Οι ίνες αυτές μεταφέρουν το επώδυνο μήνυμα πιο αργά (0,5-2 m/sec) από ότι οι Αδ ίνες και οδηγούν στην πρόκληση ενός πόνου όχι τόσο καλά εντοπισμένου αλλά μεγαλύτερης διάρκειας (Dinakar et al, 2016).

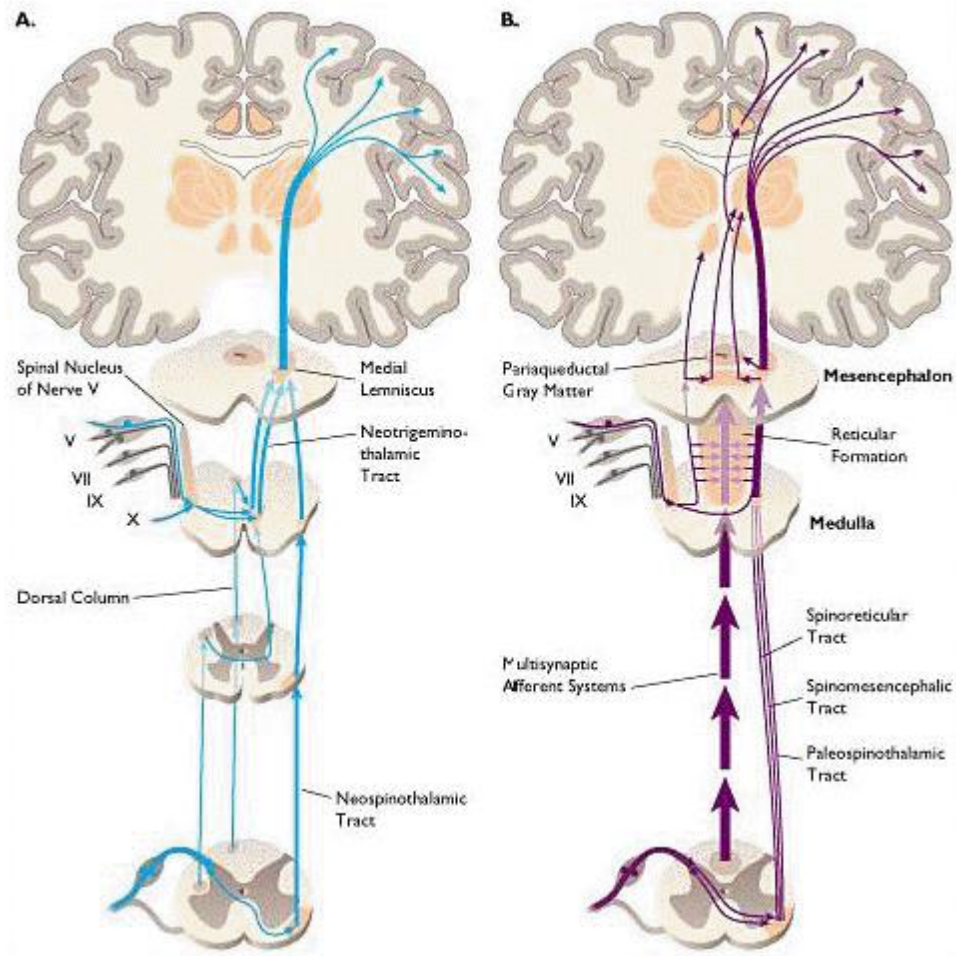
### **2.3.3. Μεταβίβαση**

Έπειτα από τη μετατροπή, ακολουθεί η μεταβίβαση, δηλαδή η προώθηση του βλαπτικού μηνύματος μέσω του αισθητικού νευρικού συστήματος. Η διαδρομή από την οποία θα περάσει το νευρικό κύμα ξεκινά από τους πρωτογενείς αισθητικούς νευρώνες, οι οποίοι προσάγουν τη πληροφορία στα περιφερικά νεύρα, τα οποία με τη σειρά τους ωθούν το

μήνυμα στα ραχιαία ριζικά γάγγλια του οπίσθιου κέρατος του νωτιαίου μυελού. Από εκεί το επώδυνο ερέθισμα είτε θα μεταφερθεί σε ανώτερα κέντρα, δηλαδή στον εγκέφαλο είτε θα ανασταλεί από την κατιούσα διαμόρφωση του νευρικού συστήματος. Η μεταβίβαση του μηνύματος μπορεί να συνεχιστεί όπως ήδη αναφέρθηκε μέσω των ανιουσών οδών από τα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού στο εγκεφαλικό στέλεχος και στο θάλαμο του εγκεφάλου.

Οι ανιούσες οδοί του πόνου είναι ουσιαστικά 4 μονοπάτια. Η πιο σημαντική ανιούσα οδός είναι η θαλαμονωτιαία οδός, μέσω της οποίας μεταφέρεται το αίσθημα του πόνου, η αίσθηση του θερμού-ψυχρού και της αδρής αφής. Ακολουθεί η νωτιοϋποθαλαμική οδός, η οποία σχετίζεται με τις αντανεκλαστικές ή αυτόνομες απαντήσεις που θα παραχθούν έπειτα από ένα αλγινό έναυσμα. Ενώ η νωτιοδικτυωτή οδός και η νωτιομεσεγκεφαλική οδός έχουν σχέση με τις συναισθηματικές αποκρίσεις που ακολουθούν μια επώδυνη κατάσταση.

Όλα τα επώδυνα ερεθίσματα θα περάσουν από τον θάλαμο στον φλοιό του εγκεφάλου. Το επώδυνο ερέθισμα ωστόσο γίνεται αντιληπτό ως πόνος μόνο στο επίπεδο του φλοιού του εγκεφάλου. Αξίζει να αναφερθεί, ότι η ενεργοποίηση τόσο των Aδ όσο και των C ιών θα οδηγήσει στην έκλυση διεργετικών νευροδιαβιβαστών όπως είναι η ουσία P, το γονίδιο της καλσιτονίνης (CGRP), το αγγειοδραστικό εντερικό πεπτίδιο (VIP), η δυνορφίνη B και η νευροκίνη A από τα πεπτίδια, το ATP από τις πουρίνες και το γλουταμικό και ασπαρτικό από τα αμινοξέα. Οι νευροδιαβιβαστές αυτοί ενδυναμώνουν τα επώδυνα ερεθίσματα (Dinakar et al, 2016).



Εικόνα 2.1 - Οδοί πόνου

### 2.3.4. Τροποποίηση

Η ηλεκτρική ώση που μεταφέρει το μήνυμα που έχει παραχθεί, θα φθάσει στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού, όπου και θα τροποποιηθεί, ύστερα από συγκεκριμένες νευρικές αντιδράσεις. Η διεργασία αυτή, θα πραγματοποιηθεί μέσω της κατιούσας οδού που ξεκινά από τον εγκέφαλο και καταλήγει στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού. Στο σημείο αυτό, το ερέθισμα είτε μπορεί να ενισχυθεί είτε να ανασταλεί. Η ενίσχυση ή αποδυνάμωση του ερεθίσματος εξαρτάται από τη δράση των ανασταλτικών ή των

ενισχυτικών νευροδιαβιβαστών. Τα συστήματα των NMDA και οπιοειδών υποδοχέων είναι τα βασικότερα σύνολα που διαμορφώνουν το αλγινό ερέθισμα. Η λειτουργία της ανασταλτικής κατιούσας οδού εξαρτάται από τους ανασταλτικούς νευροδιαβιβαστές, όπως είναι οι ουσίες GABA, η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη, τα ενδογενή οπιοειδή (Dinakar et al, 2016).

### **2.3.5. Αντίληψη**

Έπειτα από την ολοκλήρωση των προαναφερόμενων φάσεων, θα πραγματοποιηθεί και το τελικό στάδιο, αυτό της αντίληψης του πόνου. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι ο τρόπος που αντιλαμβάνεται κάθε άτομο την τελική παραγόμενη επώδυνη κατάσταση, εξαρτάται από την συναισθηματική και ψυχολογική του κατάσταση, την κοινωνικοοικονομική του θέση, τις προηγούμενες εμπειρίες του και ως εκ τούτου, η αντίληψη του πόνου, αποτελεί κατά κύριο λόγο ένα υποκειμενικό βίωμα (Dinakar et al, 2016).

### **2.4. Επιπολασμός χρόνιου πόνου**

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα κοινό, περίπλοκο και ενοχλητικό πρόβλημα που έχει ουσιαστικό ατομικό και κοινωνικό αντίκτυπο. Είναι απόρροια τραυματισμού ή ασθένειας ενώ στη σύγχρονη εποχή δεν αντιμετωπίζεται ως ένα συνοδό σύμπτωμα αλλά κυρίως ως μια ξεχωριστή πάθηση με δικό της ορισμό και ταξινόμηση (Mills et al, 2019). Ο αντίκτυπος του χρόνιου πόνου στην ευημερία, στην ποιότητα ζωής, στα δημοσιοοικονομικά των χωρών, τον καθιστούν ένα μέγιστης σημασίας πρόβλημα στη γερασμένη Ευρώπη. Σύμφωνα με τα δεδομένα της Eurostat, εκτιμάται ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός που ανήκει στο ηλικιακό γκρούπ των άνω των 65 θα αυξηθεί από 18% το 2013 σε 28% το 2060 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2015). Το μελλοντικό αυτό δημογραφικό στερέωμα χρειάζεται μια ιδιαίτερη αντιμετώπιση από τις εθνικές κυβερνήσεις αφού φαίνεται να εμφανίζεται ως μια σημαντική απειλή τόσο για τις κοινωνίες όσο και για τα διάφορα εθνικά συστήματα υγείας. Η αύξηση του αριθμού

των ηλικιωμένων ισοδυναμεί σε αύξηση των παθήσεων που χρειάζονται συνεχή ιατρική φροντίδα (Cimas et al, 2017). Μάλιστα, η παγκόσμια μελέτη επιβάρυνσης των νοσημάτων - The Global Burden of Disease Study του 2016 επιβεβαίωσε ότι ο πόνος αποτελεί την κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως και τον βασικότερο λόγο επιβάρυνσης όλων των κοινωνικών, οικονομικών και υγειονομικών δομών (Vos et al, 2016).

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν υψηλό ποσοστό εμφάνισης του χρόνιου πόνου στις αναπτυγμένες χώρες. Αναλυτικότερα, εμφανίζεται ποσοστό πάνω από 37 % στον γενικό πληθυσμό που σχετίζεται με διάφορες παθήσεις μη καρκινικής αιτιολογίας (Tsang et al, 2008). Εκτιμάται ότι, έως και 8 εκατομμύρια άνθρωποι στο Ηνωμένο Βασίλειο ζουν με χρόνιο πόνο, σύμφωνα με τηλεφωνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε για κατοίκους σε όλη την Ευρώπη. Στην έρευνα αυτή, το 13% του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου ανέφερε πόνο μέτριας έως σοβαρής έντασης, που περισσότερο από 6 μήνες (Fayaz et al, 2016). Επιπροσθέτως, ένας αξιόλογος αριθμός μελετών αποτυπώνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης του χρόνιου πόνου και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είναι αρκετά υψηλή. Πιο συγκεκριμένα, το 2016, περίπου το 20% των ενηλίκων των ΗΠΑ είχαν χρόνιο πόνο (περίπου 50 εκατομμύρια) και το 8% των ενηλίκων των ΗΠΑ (περίπου 20 εκατομμύρια) είχαν χρόνιο πόνο συνοδευόμενο με σοβαρές επιπτώσεις (Dahlhamer et al, 2018).

Ταυτόχρονα, οι ευρωπαϊκές αλλά και οι υπόλοιπες κυβερνήσεις από όλον τον κόσμο, έχουν αρχίσει να αναγνωρίζουν ότι ο χρόνιος πόνος αποτελεί σημαντική προτεραιότητα και πρόκληση για τη δημόσια υγεία και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Κάτι το οποίο είναι πλέον φανερό από τη παραγωγή εθνικών στρατηγικών καθώς και από τη σύγκληση των συνόδων κορυφής για τον πόνο σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία. Τέτοιες πρωτοβουλίες τονίζουν το μέγεθος του προβλήματος και την ανάγκη επίλυσης του. Ενώ την ίδια στιγμή, βοηθούν, οδηγούν, ενημερώνουν τους ασθενείς συμβάλλοντας ταυτόχρονα στην πρόληψη και στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων που σχετίζονται με το χρόνιο πόνο. Πράγμα το οποίο συνέβη και παλαιότερα με άλλες μακροχρόνιες καταστάσεις όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Fayaz et al, 2016).

## 2.5. Παράγοντες κινδύνου

Ο χρόνιος πόνος έχει πολλαπλούς σχετιζόμενους δημογραφικούς, σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Συνήθως οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται ως τροποποιήσιμοι και μη τροποποιήσιμοι. Ωστόσο, αυτή η βιοϊατρική και φαρμακευτική προσέγγιση δεν λαμβάνει πάντα υπόψη την πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ τόσο των τροποποιήσιμων όσο και των μη τροποποιήσιμων στοιχείων κάθε παράγοντα κινδύνου.

### 2.5.1. Δημογραφικοί παράγοντες

Η εμφάνιση του χρόνιου πόνου, φαίνεται πως εξαρτάται από το φύλο του ατόμου. Πράγματι, οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα χρόνιο πόνο από ότι οι άντρες (Greenspan et al, 2007) και οι γυναίκες νεότερης ηλικίας αναπτύσσουν πόνο σε πολλαπλά σημεία του σώματος σε σχέση με τους άντρες που ανήκουν στο ίδιο ηλικιακό γκρουπ (Gobina et al, 2019). Πέρα από τον αυξημένο γυναικείο επιπολασμό στον χρόνιο πόνο, αξίζει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες βιώνουν με δυσχερέστερο τρόπο τη συμπτωματολογία που συνδέεται με αυτόν αφού αναφέρουν χαμηλότερο κατώφλι αίσθησης του πόνου, μικρότερη ανοχή στον πόνο και μεγαλύτερη ένταση σε επώδυνες καταστάσεις (Hecke et al, 2013). Προχωρώντας, τα ηλικιωμένα και τα γηραιότερα άτομα πάσχουν αρκετά συχνότερα από χρόνιο πόνο, συγκριτικά με άτομα μικρής ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό εμφάνισης χρόνιου πόνου, ανέρχεται στο 62% στα άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών (Fayaz et al, 2016). Επίσης, μια ακόμα διαφοροποίηση στις καταστάσεις που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο, φαίνεται να αποτελεί η φυλετική καταγωγή αφού τα άτομα μαύρης φυλής, εμφανίζουν συχνότερα χρόνιο πόνο και αναπηρίες που προκαλούνται από αυτόν, έναντι των ατόμων λευκής φυλής (Cambell et al, 2012). Συνεχίζοντας, η οικονομική και η κοινωνική θέση του ατόμου επηρεάζει την ανάπτυξη χρόνιου πόνου αφού έχει βρεθεί ότι άνθρωποι που ζουν σε μη ευνοϊκές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, εμφανίζουν συχνότερα χρόνιο πόνο και με μεγαλύτερη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του (Brekke et al, 2002). Την ίδια στιγμή, άνεργοι με διάφορες ασθένειες ή αναπηρίες που δεν δύναται να εργαστούν εξαιτίας αυτών, αναφέρουν συχνότερα χρόνιο πόνο από εκείνους που κατέχουν μια επαγγελματική θέση. Ωστόσο, έχει



παρατηρηθεί ότι, εργαζόμενοι με απαιτητικούς, αυστηρούς επαγγελματικούς στόχους, με μειωμένη ικανοποίηση που απορρέει από την απασχόληση τους, με μη ευχάριστο επαγγελματικό περιβάλλον, με χαμηλές αποδοχές, με επικίνδυνες συνθήκες εργασίας (φόβος τραυματισμού ή επανατραυματισμού), εμφανίζουν τα ίδια ποσοστά χρόνιου πόνου (Shaw et al, 2006, Teassell et al, 2001).

### **2.5.2. Τρόπος ζωής και συμπεριφορά ατόμου**

Η καθημερινότητα του ατόμου και οι προσωπικές του επιλογές σχετίζονται άμεσα με την ανάπτυξη καταστάσεων χρόνιου πόνου. Έτσι, το κάπνισμα συνδέεται τόσο με την εμφάνιση του χρόνιου πόνου όσο και με το μεγαλύτερο αντίκτυπο που μπορεί να έχει αυτός στη λειτουργικότητα του ασθενή (Lankhorst, 2016). Το κάπνισμα εμπλέκεται σε περιπτώσεις εμφάνισης ινομυαλγίας, χρόνιας κεφαλαλγίας, χρόνιο πόνο στην πλάτη και στην οσφύ (Orhurhu, et al, 2015). Έπειτα, τα άτομα που ζουν με το χρόνιο πόνο, συχνά χρησιμοποιούν το αλκοόλ ως μέσο μείωσης της έντασης του πόνου. Ωστόσο, οι αναλγητικές δράσεις του αλκοόλ φαίνεται να διαρκούν ελάχιστα και ταυτόχρονα οδηγεί σε υψηλές αντιστάσεις του ατόμου στα υπόλοιπα αναλγητικά φάρμακα και συνεπώς στη χρήση ισχυρότερων οπιοειδών αναλγητικών (Alford et al, 2016). Εν συνεχεία, τα άτομα που αθλούνται, φαίνεται πως μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τις καταστάσεις που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο αφού έχει αποδειχθεί ότι διάφορα είδη φυσικής δραστηριότητας δρουν ευεργετικά στην ένταση του πόνου, στη λειτουργικότητα, στη ψυχολογική κατάσταση και επομένως στην ποιότητα ζωής του ασθενή (Gennen et al, 2017). Επιπροσθέτως, μια πλούσια διατροφή σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, έχει θετικό αντίκτυπο στη σοβαρότητα του χρόνιου πόνου μη καρκινικής αιτιολογίας (Brain et al, 2018). Τελειώνοντας, άτομα που ζουν σε χώρες με ψυχρό κλίμα και ελάχιστη ηλιοφάνεια, κάτι που συχνά οδηγεί σε έλλειψη της βιταμίνης D στον ευρύτερο πληθυσμό, εμφανίζουν συχνότερα χρόνιο πόνο (Frankling et al, 2017).

### 2.5.3. Κλινικοί παράγοντες

Ως επί το πλείστον, ο σημαντικότερος παράγοντας που οδηγεί στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου, είναι ο ήδη υπάρχον χρόνιος ή οξύς πόνος, στο ίδιο ή σε διαφορετικό σημείο του σώματος. Μάλιστα, όσο πιο έντονη είναι η επώδυνη εμπειρία του ατόμου, τόσο πιο σύνηθες να αναφέρει αργότερα χρόνιο πόνο (Elliott et al, 2002). Την ίδια στιγμή, ο χρόνιος πόνος εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με ένα χρόνιο νόσημα, δηλαδή υπάρχει συνοσηρότητα με κάποια άλλη πάθηση. Έτσι, ασθενείς που εμφανίζουν κάποια καρδιαγγειακή νόσο, έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης χρόνιου πόνου (Fayaz et al, 2016). Ταυτόχρονα, άτομα που υποβάλλονται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση είναι πιο πιθανό να αναφέρουν χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο (Reddi, 2016). Ο χρόνιος πόνος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τη κακή ψυχική υγεία και παρουσιάζεται συχνότερα σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη (Bair et al, 2003). Έπειτα, η παχυσαρκία φαίνεται να αποτελεί ένα γόνιμο έδαφος για την εμφάνιση χρόνιου πόνου αφού το αυξημένο σωματικό βάρος, επιβαρύνει όλες τις αρθρώσεις, μειώνει τη λειτουργικότητα του ατόμου και επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής του (Morelhao et al, 2018). Παρακάτω, οι διαταραχές ύπνου συνδέονται με καταστάσεις χρόνιου πόνου αφού το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών αναφέρει προβλήματα ύπνου, ακόμα και κλινική αϋπνία (Jank et al, 2017). Τελειώνοντας, σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη του χρόνιου πόνου καθώς και για τη μορφή που αυτός θα λάβει, παίζουν τα γονίδια και η κληρονομικότητα (Crofford et al, 2015).

### 2.5.4. Άλλοι παράγοντες

Η εμφάνιση του χρόνιου πόνου συνδέεται και με διάφορους παράγοντες που συνδέονται τόσο με το πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου, τον χαρακτήρα του καθώς και από τυχαία γεγονότα που σημάδεψαν τη ζωή ενός ατόμου. Αρχικά, οι άνθρωποι που ως παιδιά ήταν θύματα ενδοοικογενειακής βίας, είναι πιθανότερο να αναπτύξουν χρόνιο πόνο. Το ίδιο συμβαίνει και με τα παιδιά που είχαν κάποιο σοβαρό ψυχικό (θάνατος ενός γονέα) ή σωματικό τραύμα σε νεαρή ηλικία (Macfarlane, 2016). Ο τρόπος σκέψης του ατόμου, η αντιμετώπιση των καταστάσεων, οι προσωπικές αντιλήψεις και οι στάσεις του φαίνεται πως

επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης χρόνιου πόνου. Έτσι, ο χρόνιος πόνος συχνά αναφέρεται από άτομα που υιοθετούν πιο παθητικές μεθόδους αντιμετώπισης της ασθένειας, όπως είναι η ξεκούραση, η ακινησία και η λήψη φαρμάκων (Darlow et al, 2012).

## **2.6. Χρόνιος πόνος και ποιότητα ζωής**

Ο αντίκτυπος του χρόνιου πόνου στη ζωή του ατόμου είναι τελείως διαφορετικός από εκείνον του οξύ πόνου. Αφού ο πρώτος φαίνεται πως επηρεάζει κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου, όπως τη διάθεση του, τη ψυχολογική του κατάσταση, την ατομική του δραστηριότητα, τις οικογενειακές, τις κοινωνικές και τις εργασιακές του σχέσεις.

Διάφορες μελέτες αποδεικνύουν ότι ο πόνος και η κατάθλιψη είναι δύο συνυφασμένες καταστάσεις που συχνά οδηγούν στην επιδείνωση τόσο των σωματικών όσο και των ψυχικών συμπτωμάτων. Η χειροτέρευση αυτών, προκαλεί συχνά μειωμένη σωματική δραστηριότητα και μακρά παραμονή των οδονηρών εκδηλώσεων. Την ίδια στιγμή, έχει αποδειχθεί ότι οι καταστάσεις χρόνιου πόνου συμβάλλουν στην επανάληψη των καταθλιπτικών κρίσεων, οι οποίες έχουν μεγαλύτερη διάρκεια, εντονότερη θλίψη και συνοδεύονται συχνά από κόπωση. Ταυτόχρονα, η συννοσηρότητα του πόνου και της κατάθλιψης συχνά ισοδυναμεί με χαμηλά σκορ σε ερωτηματολόγια που αφορούν την ποιότητα ζωής (Ishack et al, 2018).

Ακολούθως, άτομα με χρόνιο πόνο συχνά εμφανίζουν έναν καθιστικό τρόπο ζωής και χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, κάτι το οποίο οδηγεί σε μειωμένη κινητικότητα, επιβαρυσμένη καρδιοαναπνευστική λειτουργία και χαμηλή ποιότητα ζωής (McBeth et al, 2010).

Επιπροσθέτως, ο χρόνιος πόνος φαίνεται πως διαταράσσει την οικογενειακή ισορροπία αφού συχνά το άτομο που νοσεί αναγκάζεται να αλλάξει τις εργασιακές του υποχρεώσεις ή το είδος της εργασία ενώ κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας καταλήγει να γίνεται φροντιστής του πρώτου. Ως εκ τούτου, οι αλλαγές των ρόλων δοκιμάζουν την οικογένεια ή τον γάμο ενώ υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής όλων των μελών. Την ίδια στιγμή, προκύπτει πως η οικογένεια επηρεάζει εξίσου το άτομο που βιώνει μια κατάσταση χρόνιου πόνου. Συχνά ένα

μέλος της οικογένειας ή συνηθέστερα ο σύντροφος του ασθενή, μπορεί να γίνει υπερπροστατευτικός ή αντίθετα να εκφράζει συνεχώς το θυμό του προς τον ασθενή. Και στις δυο περιπτώσεις φυσικά, επηρεάζεται η ποιότητα της σχέσης και συνεπώς η ποιότητα ζωής (Campbell et al, 2018).

Συνεχίζοντας, άτομα με χρόνιο πόνο συχνά ελαχιστοποιούν τις κοινωνικές τους επαφές και περιορίζουν τις οικογενειακές και τις φιλικές τους σχέσεις. Ο αριθμός των επαφών συχνά μειώνεται διότι το άτομο που νοσεί συχνά αισθάνεται ότι πρέπει να αποκρύψει την κατάσταση του ή έρχεται σε αντιπαράθεση με άτομα που δεν κατανοούν την επώδυνη εμπειρία του. Ως αποτέλεσμα αυτών, βιώνουν την κοινωνική απομόνωση και τη μοναξιά, που με τη σειρά τους επιφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου αφού επιβαρύνουν τη σωματική και τη πνευματική υγεία του ατόμου και επομένως και την ποιότητα ζωής του (Smith et al, 2019).

## **2.7. Αξιολόγηση χρόνιου πόνου**

Όπως ήδη αναφέρθηκε, πόνος ορίζεται η δυσάρεστη σωματική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με υπαρκτή ή δυνητική ιστική βλάβη, ή περιγράφεται με όρους ιστικής βλάβης. Αυτός ο ορισμός φανερώνει τη πολυδιάστατη φύση του πόνου και αντικατοπτρίζει όλες τις πτυχές του. Δηλαδή στη σύγχρονη επιστημονική κοινότητα, ο πόνος αντιμετωπίζεται ως μια νόσος που περιλαμβάνει διάφορα ποιοτικά χαρακτηριστικά (θέση, ένταση, συχνότητα) που επιδρούν με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και με ένα συμπεριφορικό και γνωσιακό ατομικό επίπεδο.

Έτσι, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι ο πόνος χρειάζεται να αξιολογηθεί με κατάλληλα εργαλεία μέτρησης ώστε να επιλεγθεί το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα. Ένα εργαλείο μέτρησης θα πρέπει να είναι αξιόπιστο, να προσφέρει μετρήσεις που θα μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους, παρέχοντας ταυτόχρονα ευαισθησία στις διαφορές των εξεταζόμενων στοιχείων (αισθητικών ή ψυχο-γνωσιακών), με παράλληλη ευκολία στη χρήση του.

Η εκτίμηση του πόνου αρχικά περιλαμβάνει τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού του ασθενούς. Το ιστορικό αυτό θα καταγράψει το ιατρικό ιστορικό (χειρουργικές επεμβάσεις, υποκείμενα νοσήματα, φαρμακευτική αγωγή) του ατόμου, το πότε ξεκίνησε ο πόνος, τη θέση, την ένταση, τη συχνότητα του πόνου, το είδος του πόνου καθώς και τους παράγοντες που τον επηρεάζουν. Ίσως ζητηθεί από τον ασθενή, να διατηρήσει ένα ημερολόγιο πόνου (pain diary) ώστε να καταγράφει τα παραπάνω στοιχεία σχετιζόμενα με τον πόνο. Έπειτα, θα διεξαχθεί μια φυσική εξέταση του ασθενούς από τον θεράποντα και η ανάγνωση πιθανών απεικονιστικών εξετάσεων. Τέλος, θα δοθούν κάποια εργαλεία αξιολόγησης που θα συμπληρωθούν από τον ασθενή.

Τα πιο συχνά εργαλεία αξιολόγησης πόνου ακολουθούν παρακάτω.

### **2.7.1. Προφορική κλίμακα αξιολόγησης (Verbal Rating Scale - VRS)**

Σε μια λεκτική κλίμακα, χρησιμοποιούνται επίθετα για να περιγράψουν διαφορετικά επίπεδα πόνου. Ο ερωτώμενος καλείται να επισημάνει το επίθετο που ταιριάζει καλύτερα στην ένταση του πόνου. Συνήθως ορίζονται δύο τελικά σημεία πόνου όπως «καθόλου πόνος» και «εξαιρετικά έντονος πόνος». Μεταξύ αυτών των άκρων, διαφορετικά επίθετα που περιγράφουν διαφορετικά επίπεδα έντασης πόνου τοποθετούνται, εκφράζοντας τη σοβαρότητα του πόνου. Μια προφορική κλίμακα μπορεί να περιέχει έξι σημεία. Η πιο συχνή πλέον στις κλινικές δοκιμές είναι η κλίμακα VRS που διαθέτει τέσσερις αναφορές για την ένταση του πόνου (καθόλου πόνος, ήπιος, μέτριος, έντονος πόνος). Η VRS είναι γρήγορη και εύκολη στη χρήση της και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμα και από άτομα που έχουν νοητικά προβλήματα. Ωστόσο, παρουσιάζει μικρή αξιοπιστία και ευαισθησία (Haefeli et al, 2006).

Verbal rating scale			
<input type="checkbox"/> 0= no itch	<input type="checkbox"/> 1= low	<input type="checkbox"/> 2= moderate	<input type="checkbox"/> 3= severe itch

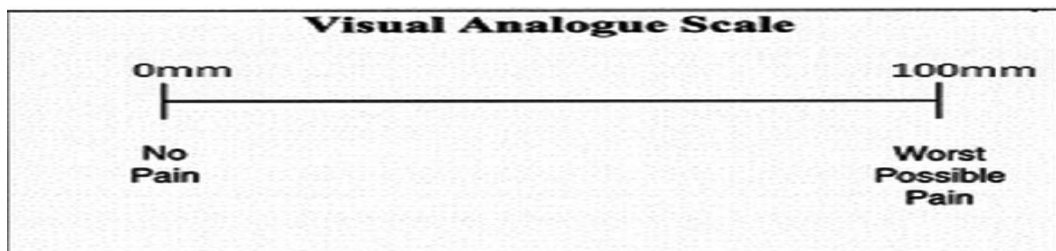
Pain score	Severity of pain
None	No pain
Mild	Pain reported in response to questioning only, without any behavior signs
Moderate	Pain reported in response to questioning and accompanied by a behavioral signs, or pain reported spontaneously without questioning
Severe	Strong verbal response accompanied by facial grimacing, withdrawal of the hand, or tears

Εικόνα 2.2 - Προφορική κλίμακα VRS

### 2.7.2. Οπτική αναλογική κλίμακα αξιολόγησης πόνου (Visual Analogue Scale - VAS)

Η οπτική αναλογική κλίμακα, αποτελείται συνήθως από μια ευθεία γραμμή μήκους 100mm, η οποία μπορεί να είναι είτε οριζόντια είτε κάθετη. Τα άκρα της γραμμής, αποτελούν τα σημεία, «καθόλου πόνος» στο αριστερό άκρο και «ο χειρότερος βιωμένος πόνος» στο δεξιό άκρο. Ζητείται από τον ασθενή να σημειώσει το επίπεδο έντασης του πόνου του στη γραμμή μεταξύ των δύο τελικών σημείων. Έπειτα, ο θεράπωντας μπορεί να μετρήσει την απόσταση από το σημείο που αντικατοπτρίζει το «καθόλου πόνος» σε mm. Ο αριθμός που προκύπτει δείχνει την ένταση του πόνου. Πρόκειται για άλλο ένα εύχρηστο και ταχύτατο εργαλείο αξιολόγησης πόνου, το οποίο παράλληλα είναι ευαίσθητο στις μεταβολές του πόνου. Την ίδια στιγμή, θεωρείται αρκετά έγκυρο, διότι δεν περιέχει συγκεκριμένα σημεία (αριθμούς, βαθμούς) που κατευθύνουν τον ασθενή να απεικονίσει σε αυτά τα σημεία την ένταση του πόνου του. Όμως, είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί από ηλικιωμένους και από

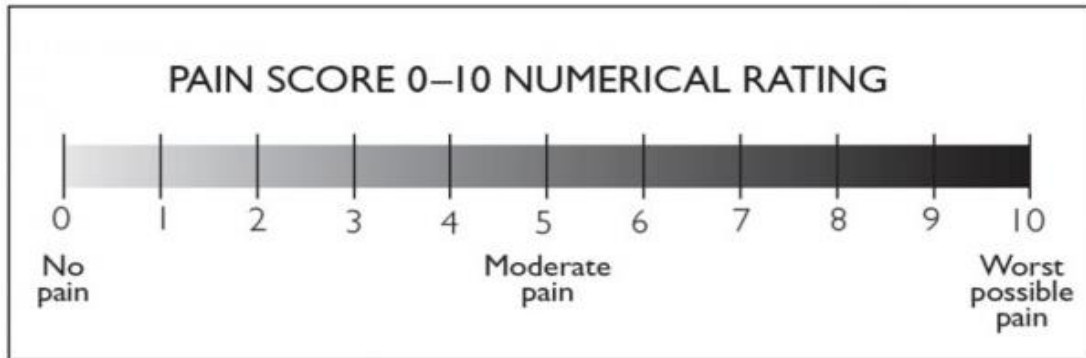
άτομα με γνωσιακά προβλήματα, διότι η χρήση του απαιτεί την κατανόηση της σημασίας της ευθείας γραμμής και των αποστάσεων (Huskisson, 1983).



Εικόνα2.3 - Οπτική Αναλογική Κλίμακα VAS

### 2.7.3. Αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης πόνου (Numerical Rating Scale - NRS)

Σε μια Αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης, οι ασθενείς καλούνται να κυκλώσουν ή να αναφέρουν τον αριθμό μεταξύ 0 και 10, 0 και 20 ή 0 και 100 που ταιριάζει καλύτερα στην ένταση του πόνου τους. Συνήθως επιλέγονται οι κλίμακες με αριθμούς από το ένα έως το δέκα. Το μηδέν αντιπροσωπεύει συνήθως «καθόλου πόνο» ενώ το ανώτερο όριο αντιπροσωπεύει τον «χειρότερο πόνο που μπορεί να φανταστεί». Ανάμεσα στα 2 ακραία σημεία, υπάρχουν μόνο ακέραιοι αριθμοί. Παρουσιάζει ευκολία στη χρήση και χρησιμοποιείται ευρύτατα στις κλινικές αξιολογήσεις (Chanques et al, 2010).



Εικόνα 2.4 - Αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης πόνου

#### 2.7.4. Κλίμακα αξιολόγησης πόνου Wong-Baker με εκφράσεις προσώπου (Wong-Baker Faces Pain Rating Scale - WBS)

Είναι ένα εργαλείο αυτοεκτίμησης πόνου, όπου διαφορετικές εκφράσεις προσώπου αντιστοιχούν σε διαφορετική αλγεινή κατάσταση. Η πιο γνωστή κλίμακα αξιολόγησης πόνου με πρόσωπα είναι η κλίμακα βαθμολογίας πόνου Wong-Baker Faces, που αναπτύχθηκε από τους Donna Wong και Connie Baker. Δείχνει μια σειρά από εκφράσεις που κυμαίνονται από ένα χαρούμενο πρόσωπο, το οποίο αντιστοιχεί στον αριθμό 0 και στην «έλλειψη πόνου», έως ένα πρόσωπο που κλαίει, έχοντας τον αριθμό 10 και αντιπροσωπεύει τον «χειρότερο πόνο που μπορεί να φανταστεί κανείς». Αυτή η κλίμακα πόνου αναπτύχθηκε αρχικά για παιδιά διότι τα άτομα μικρής ηλικίας δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη βαθμολόγηση του πόνου από το ένα έως το δέκα αλλά αντιλαμβάνονται πλήρως τα σκίτσα προσώπων και τα συναισθήματα που αυτά παρουσιάζουν. Ωστόσο, σήμερα χρησιμοποιείται και στους ενήλικες ενώ εξυπηρετεί ιδιαίτερα την αξιολόγηση πόνου σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, σε ασθενείς με γνωσιακά προβλήματα ή σε εκείνους που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Garra et al, 2013).





Εικόνα 2.5 - Κλίμακα Αξιολόγησης πόνου Wong-Baker με σκίτσα προσώπου

### 2.7.5. Ερωτηματολόγιο πόνου McGill Pain Questionnaire - MPQ

Το MPQ ήταν το πρώτο εργαλείο που προσέφερε μια πολυδιάστατη αξιολόγηση του πόνου, το οποίο εκτιμά τη σοβαρότητα, την ένταση του πόνου καθώς επίσης τη συναισθηματική επίδραση και τη σημασία του πόνου για τον πάσχοντα. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που επιτρέπει στα ασθενείς να εξηγήσουν στον θεράποντα τους την επώδυνη κατάσταση την οποία βιώνουν. Η κλίμακα αυτή, αναπτύχθηκε αρχικά στο Πανεπιστήμιο McGill από τους Melzack και Torgerson το 1971. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος παρουσιάζει ένα σκίτσο του ανθρωπίνου σώματος και ο ασθενής καλείται να επισημάνει την επώδυνη περιοχή. Στο δεύτερο μέρος, παρουσιάζονται σε μια λίστα 78 επίθετα, που χωρίζονται σε ενότητες των 20 και περιγράφουν την αισθητική, συναισθηματική, γνωστική, καθώς και την ποικίλη υπόσταση του πόνου. Το άτομο καλείται να διαλέξει μία λέξη από κάθε ομάδα, που αντιπροσωπεύει καλύτερα την αλγεινή του κατάσταση. Στο τρίτο μέρος, εξετάζεται η αλλαγή του πόνου καθώς περνάει η ώρα και σημειώνονται οι παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να οξύνουν ή να αμβλύνουν την επώδυνη κατάσταση. Στη συνέχεια, στο τέταρτο και τελευταίο μέρος, αναπτύσσεται μια προφορική κλίμακα πόνου, από το ένα έως το πέντε (Melzack, 1975).

Αργότερα, το 1987, αναπτύχθηκε το short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), που αποτελεί τη σύντομη μορφή του πρωτότυπου ερωτηματολογίου (Melzack, 1987). Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και έτσι οι Έλληνες θεραπευτές, μπορούν να χρησιμοποιούν για την αξιολόγησή τους, την ελληνική εκδοχή του, το GR-SFMPQ (Georgoudis et al, 2000).

**Short-Form McGill Pain Questionnaire**

PATIENT'S NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

	NONE	MILD	MODERATE	SEVERE
THROBBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHOOTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
STABBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHARP	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
CRAMPING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
GNAWING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HOT/BURNING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ACHING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HEAVY	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TENDER	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SPLITTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TIRING/EXHAUSTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SICKENING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FEARFUL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
PUNISHING/CRUEL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

---

VAS                      NO PAIN                      WORST POSSIBLE PAIN

|-----|

PPI

0 NO PAIN	_____
1 MILD	_____
2 DISCOMFORTING	_____
3 DISTRESSING	_____
4 HORRIBLE	_____
5 EXCRUCIATING	_____

© R. Melzack 1984

Εικόνα 2.6 - Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ				
	Καθόλου Πόνος	Ήπιος	Μέτριος	Έντονος
παλμικός-ρυθμικός (throbbing)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
σαν να 'περπατάει' (shooting)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
σαν 'μαχαίρι' (stabbing)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
οξύς (sharp)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
σαν 'κράμπα' (cramping)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
σαν να 'δαγκώνει' (gnawing)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
καυστικός - ζεστός (hot-burning)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
γενικός - διαρκής (aching)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
αίσθημα βάρους (heavy)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ευαίσθητος (tender)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
διαμελιστικός-σαν να σε 'σκίζει' (splitting)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
κυρραστικός (tiring-exhausting)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
αηδιαστικός - νοσηρός (sickenig)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
τρομακτικός (fearful)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
βασανιστικός - σκληρός (punishing-cruel)	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΟΝΟΣ (NO PAIN)	_____	Ο ΧΕΙΡΟΤΕΡΟΣ ΠΟΝΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΝΙΚΣΕΙ ΠΟΤΕ (WORST POSSIBLE PAIN)
<b>Ε.Π.Π. (PPI)</b>		
0. Καθόλου Πόνος (no pain)	_____	
1. Ήπιος (mild)	_____	
2. Ενοχλητικός (discomforting)	_____	
3. Οδυνηρός (distressing)	_____	
4. Φρικτός (horrible)	_____	
5. Αφόρητος (excruciating)	_____	

Εικόνα 2.7 - The greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire (GR-SFMPQ)

### 2.7.6. Σύντομη απογραφή πόνου (Brief Pain Inventory - BPI)

Το BPI χρησιμοποιείται ευρέως σε όλο τον κόσμο σήμερα και είναι ένα εργαλείο μέτρησης της έντασης του πόνου ενώ ταυτόχρονα συνεκτιμά τον αντίκτυπο που έχει ο πόνος στη λειτουργικότητα και στην καθημερινότητα του ατόμου. Περιλαμβάνει συνολικά έντεκα ερωτήσεις, από τις οποίες, οι τέσσερις αφορούν την ένταση του πόνου ενώ οι υπόλοιπες σχετίζονται με τη λειτουργικότητα (Poquet et al, 2016).

## 2.8. Ψυχικές και γνωσιακές παράμετροι αξιολόγησης του πόνου

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, η ασθένεια θεωρείται ως μια περίπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Έτσι λοιπόν, ο χρόνιος πόνος είναι μια σύνθετη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που ποικίλλει ευρέως μεταξύ των ανθρώπων ανάλογα με το είδος, τη συχνότητα, την ένταση του πόνου και την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Οι γνωστικοί και συναισθηματικοί παράγοντες έχουν εκπληκτικά σημαντική επίδραση στην αντίληψη του πόνου και αυτές οι σχέσεις βρίσκονται στη συνδεσιμότητα των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν την αντίληψη του πόνου, την προσοχή ή την προσδοκία και τις συναισθηματικές καταστάσεις. Στην σύγχρονη επιστημονική κοινότητα, ο χρόνιος πόνος, αντιμετωπίζεται ολιστικά και όχι με το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο κατανοούσε τον πόνο ως αποτέλεσμα μιας σωματικής βλάβης. Μια ολοκληρωμένη εκτίμηση χρόνιου πόνου σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, περιλαμβάνει κλινική συνέντευξη, έλεγχο ψυχικής υγείας με ψυχομετρικά τεστ, παρατήρηση συμπεριφοράς, φυσική εξέταση και διαγνωστικό έλεγχο όπου απαιτείται. Στο πλαίσιο αυτό, έχει αναπτυχθεί πληθώρα εργαλείων που αξιολογούν τις ψυχικές και τις γνωσιακές πτυχές του πόνου. Ακολουθούν ενδεικτικά μερικά εργαλεία αξιολόγησης.

### 2.8.1. Beck Depression Inventory - BDI

Είναι παγκοσμίως από τις πιο χρησιμοποιημένες κλίμακες μέτρησης της κατάθλιψης. Αποτελείται από 21 στοιχεία που στόχο έχουν να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα της κατάθλιψης σε φυσιολογικούς και ψυχιατρικούς ασθενείς. Τα στοιχεία αυτά είναι η διάθεση, η απαισιοδοξία, η αίσθηση αποτυχίας, η αίσθηση του ανικανοποίητου, η ενοχή, η τιμωρία, η αυτοαπέχθεια, η αυτοκατηγορία, οι αυτοκτονικές ιδέες, το κλάμα, η ερεθιστικότητα, η κοινωνική αποχώρηση, η αναποφασιστικότητα, η αλλαγή της εικόνας του σώματος, οι δυσκολίες εργασίας, η αύπνια, η κόπωση, η απώλεια όρεξης, η απώλεια βάρους, τα

σωματικά ενοχλήματα, η απώλεια της λίμπιντο. Αναπτύχθηκε από τον Beck και τους συνεργάτες του το 1961, βασιζόμενο στη θεωρία των αρνητικών γνωστικών στρεβλώσεων ως κεντρικής σημασίας για την κατάθλιψη. Το ερωτηματολόγιο αναθεωρήθηκε το 1978 σε BDI-IA και το 1996 σε BDI-II. Το BDI-II έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής (Beck et al, 1988).

### **2.8.2. Zung Self-Rating Depression Scale - ZDRS**

Το εργαλείο αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο 20 αναφορών που χρησιμοποιείται ευρέως ως εργαλείο διαλογής, καλύπτοντας συναισθηματικά, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Προσφέρει γρήγορη εκτίμηση αφού χρειάζεται ελάχιστα λεπτά για να συμπληρωθεί. Είναι μια σύντομη αυτοεκτίμηση και ποσοτικοποίηση της καταθλιπτικής κατάστασης του ασθενούς αφού προσδιορίζει την κατάθλιψη, χρησιμοποιώντας διάφορα διαγνωστικά της κριτήρια. Αναπτύχθηκε αρχικά για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης χωρίς την προκατάληψη ενός διαχειριστή που επηρεάζει το αποτέλεσμα (Zung, 1965). Η ελληνική εκδοχή του, ZDRS-Greek, είναι αξιόπιστη, έγκυρη και είναι κατάλληλη για κλινική και ερευνητική χρήση με ικανοποιητικές ιδιότητες (Fountoulakis et al, 2001).

### **2.8.3. Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS**

Η κλίμακα HADS αναπτύχθηκε αρχικά το 1983 από τους Zigmond και Snaithe και αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τους θεράποντες, που τους βοηθά να προσδιορίσουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που αντιμετωπίζει ένα άτομο. Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης αποτελείται από δεκατέσσερις ερωτήσεις. Περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις στην υποκλίμακα άγχους και 7 ερωτήσεις στην υποκλίμακα της κατάθλιψης. Έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα αποδοτικό εργαλείο, όσον αφορά την εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του

άγχους και της κατάθλιψης, τόσο σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς, όσο στον γενικό πληθυσμό (Bjelland et al, 2002).

Το μεταφρασμένο πρωτότυπο εργαλείο στην ελληνική γλώσσα, παρέχει εγκυρότητα και αξιοπιστία σε σχέση με τις μετρήσεις άγχους και κατάθλιψης (Georgoudis et al, 2001). Η ελληνική εκδοχή της κλίμακας HADS, παρουσιάζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως χρήσιμο εργαλείο για τους κλινικούς ιατρούς για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης σε νοσοκομειακούς ασθενείς (Michopoulos et al, 2008).

#### **2.8.4. Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire - FABQ**

Το FABQ είναι ένα ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε βασιζόμενο στις θεωρίες συμπεριφοράς φόβου και συμπεριφοράς αποφυγής και επικεντρώθηκε ιδιαίτερα στις πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με το πώς η σωματική δραστηριότητα και η εργασία επηρεάζουν τον πόνο στη μέση. Το ερωτηματολόγιο περιέχει δεκαέξι ερωτήσεις που εκτιμούν τον φόβο του πόνου για σωματικές και εργασιακές δραστηριότητες. Αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης διότι, γνωρίζεται ότι ο φόβος του ασθενή για τον πόνο και ο φόβος τραυματισμού, τον οδηγούν να υιοθετήσει στάσεις και συμπεριφορές που αποδεικνύονται πιο βλαβερές από τον ίδιο τον πόνο ενώ παράλληλα, αποτελούν ένα προγνωστικό δείκτη χρονιότητας του πόνου (Waddell et al, 1993). Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου, αποτελεί μια έγκυρη, αξιόπιστη και κατάλληλη επιλογή για κλινική χρήση σε Έλληνες ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο (Georgoudis, et al, 2007).

### **2.8.5. Tampa Scale of Kinesiophobia - TSK**

Το TSK είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις και κατασκευάστηκε πρωτότυπα το 1990. Χρησιμοποιώντας μια κλίμακα likert, αξιολογεί τον φόβο της κίνησης ή του (επανα)τραυματισμού. Το ερωτηματολόγιο είναι χρήσιμο, ιδίως σε άτομα με αρνητικές, καταστροφικές σκέψεις και λανθασμένες πεποιθήσεις που αναφέρουν χρόνιο πόνο ή ινομυαλγία (Miller et al, 1991). Η ελληνική έκδοση διαθέτει επαρκή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Georgoudis et al, 2005).

### **2.8.6. Pain Catastrophizing Scale - PCS**

Με αυτό το εργαλείο αξιολόγησης, πραγματοποιείται η ποσοτικοποίηση της επώδυνης εμπειρίας ενός ατόμου αφού περιλαμβάνει ερωτήσεις για το πώς αισθάνεται ή τι σκέφτεται το άτομο όταν πονάει. Είναι από τα ελάχιστα γνωσιακά εργαλεία αξιολόγησης του πόνου, όπου ο ασθενής, δεν χρειάζεται να βιώνει εκείνη την περίοδο την αλγεινή κατάσταση ώστε να το συμπληρώσει (Sullivan et al, 1995).

### **2.8.7. Coping Strategies Questionnaire - CSQ**

Το ερωτηματολόγιο αυτό, αξιολογεί σε τι βαθμό ο ασθενής, χρησιμοποιεί μια ποικιλία γνωστικών και συμπεριφορικών μηχανισμών για τη μείωση της επίδρασης των επώδυνων επεισοδίων. Περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε 8 υποκλίμακες (απόσπαση προσοχής, επαναπροσδιορισμός της αίσθησης του πόνου, αδιαφορία για τις αισθήσεις του πόνου, αυτοέλεγχος, καταστροφολογία, αύξηση της δραστηριότητας, το να προσεύχεσαι, το να ελπίζεις) (Rosenstiel & Keefe, 1983).

### **2.8.8. Modified Somatic Perception Questionnaire- MSPQ**

Το ερωτηματολόγιο αυτό, έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της σωματικής και αυτόνομης αντίληψης. Περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τη ψυχολογική δυσφορία και συγκεκριμένα την αυξημένη σωματική ευαισθητοποίηση μεταξύ των ασθενών με χρόνια πόνο, με πιθανή βαθμολογία από 0 έως 39. Η κλίμακα αυτή, παρουσιάζει ευκολία στη χρήση της, ενδοτικότητα και συμμόρφωση του ασθενούς ενώ όταν συνδυαστεί με εργαλεία αξιολόγησης κατάθλιψης, προσφέρει μεγαλύτερη κατανόηση των επακόλουθων στοιχείων που προκύπτουν από τον χρόνια πόνο στην οσφύ (Main, 1983).

### **2.8.9. Pain-Related Self Statements Scale - PRSS and the Pain-Related Control Scale - PRCS**

Οι δύο αυτές κλίμακες κατασκευάστηκαν ταυτόχρονα και αξιολογούν τα γνωστικά πρότυπα των ατόμων που πάσχουν από χρόνια πόνο, δηλαδή συγκεκριμένες πτυχές της γνωστικής αντιμετώπισης του πόνου, συμπεριλαμβανομένων αυτόματων σκέψεων, σχημάτων και γενικών στάσεων απέναντι στον πόνο. Το PRSS αξιολογεί συγκεκριμένες καταστάσεις και πτυχές της γνωστικής αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών, ενώ η PRCS μετρά τις γενικές στάσεις απέναντι στον πόνο (Flor et al, 1993).

## **2.9. Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του χρόνιου πόνου**

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα μέγιστης σημασίας ζήτημα παγκοσμίως αφού προκαλεί μειωμένη λειτουργικότητα και χαμηλή ποιότητα ζωής στους πάσχοντες από αυτόν. Μάλιστα, ο συνεχώς αυξανόμενος επιπολασμός του, τον κατατάσσει στα σημαντικότερα προβλήματα υγείας παγκοσμίως. Το κοινωνικοοικονομικό κόστος που συνεπάγεται, επιβαρύνει τους κρατικούς προϋπολογισμούς αφού χρειάζεται να δαπανώνται υπέρογκα ποσά στις υγειονομικές δομές για την αντιμετώπιση του. Στο σύγχρονο ιατρικό στερέωμα, ο χρόνιος πόνος δεν γίνεται αντιληπτός ως ένα συνοδό σύμπτωμα μιας παθολογικής κατάστασης αλλά



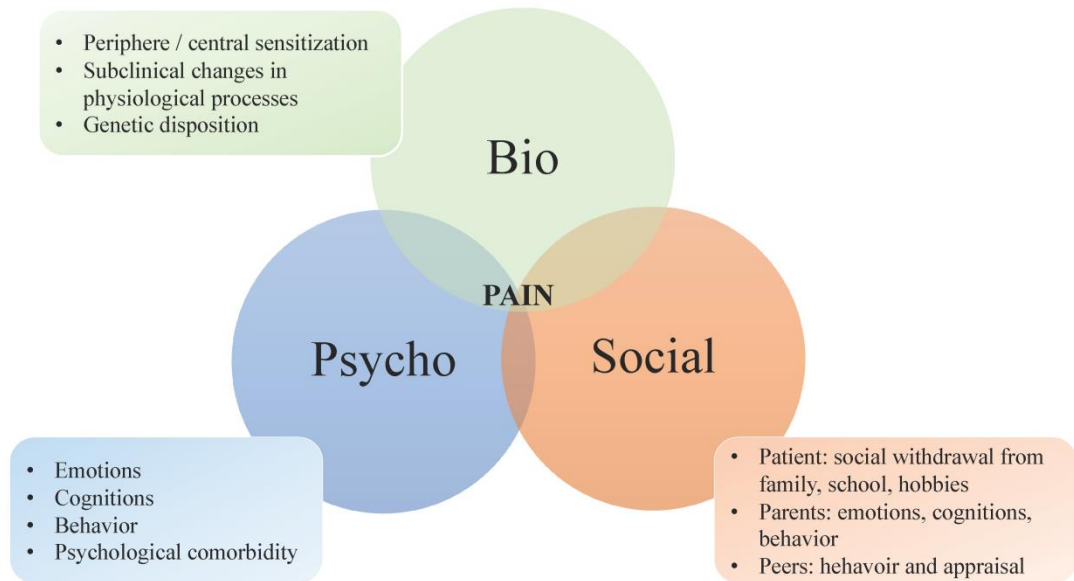
ως μια ξεχωριστή και σύνθετη νόσο, που χρειάζεται μια διεπιστημονική προσέγγιση. Τις τελευταίες δεκαετίες, υπήρξε αύξηση των μελετών σχετικά με τον χρόνιο πόνο, που οδήγησαν σε σημαντικές προόδους στην κατανόηση των μηχανισμών, της αιτιολογίας, της αξιολόγησης και της θεραπείας του χρόνιου πόνου και στην αποδοχή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.

Το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο αντιλαμβανόταν το σώμα και τον εγκέφαλο ως δύο ανεξάρτητες λειτουργικές δομές. Βασίζεται στη βιοχημεία, στην παθοφυσιολογία, στην απεικόνιση των ευρημάτων και των συμπτωμάτων, στην διάγνωση και υποστηρίζει ότι η νόσος μπορεί να εξηγηθεί πλήρως από τις οργανικές και βιολογικές δυσλειτουργίες του ανθρώπινου σώματος και να αντιμετωπιστεί επαρκώς από την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Η προσέγγιση αυτή, εστιάζει κυρίως στη σωματική διάσταση και αγνοεί πλήρως μια σειρά παραγόντων που αποδεδειγμένα συμβάλλουν στην πυροδότηση μιας νόσου καθώς και στην απόκριση της θεραπείας της. Έτσι, σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, ο πόνος είναι αποτέλεσμα ιστικής βλάβης ενώ ο χρόνιος πόνος που δεν συνοδεύεται από τα σχετικά απεικονιστικά ευρήματα, δύσκολα γινόταν αντιληπτός. Με αποτέλεσμα, σε σύνθετες ασθένειες όπως ο χρόνιος πόνος, η φαρμακευτική αγωγή, γρήγορα αποδεικνυόταν αναποτελεσματική. Η ανεπάρκεια λοιπόν του βιοϊατρικού μοντέλου, συνέβαλε σε μια αυξανόμενη αναγνώριση των ψυχοκοινωνικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την κατάσταση υγείας του ατόμου (Gatchel et al, 2007).

Το 1977 ο George Engel είναι από τους πρώτους που αναγνώρισε την ανάγκη εξέλιξης του παραδοσιακού βιοϊατρικού μοντέλου, που είχε κυριαρχήσει μέχρι τότε στην ιατρική επιστήμη. Κάτι το οποίο, αποτέλεσε την απαρχή στην ανάπτυξη της συμπεριφορικής ιατρικής και της επιστήμης της ψυχολογίας της υγείας (Gatchel et al, 1983). Το πρωτότυπο λοιπόν βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που αναπτύχθηκε από τον Engel, ανέφερε ότι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες είναι ζωτικής σημασίας και καθορίζουν το πότε ένας υγιής άνθρωπος γίνεται αντιληπτός ως άρρωστος από τον ίδιο του τον εαυτό ή το ευρύτερο του περιβάλλον (Engel,1977).

Αξίζει να αναφερθεί ότι η ύπαρξη και η συνεχώς αυξανόμενη αποδοχή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, δεν συνεπάγεται την κατάργηση του βιοϊατρικού προτύπου. Το πρώτο απλώς, αναγνωρίζει τη σημαντικότητα των ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών στοιχείων για την ανάπτυξη, την ένταση, τη διάρκεια της αλγεινής εμπειρίας καθώς και για το πώς το άτομο αντιμετωπίζει τον χρόνιο πόνο. Τα ψυχοκοινωνικά στοιχεία που αποδεδειγμένα ευνοούν την ύπαρξη του χρόνιου πόνου και συνυπολογίζονται κατά την κλινική εξέταση του ασθενή είναι κυρίως οι προσωπικές πεποιθήσεις και τα συμπεριφοριστικά πρότυπα που υιοθετεί το άτομο κατά την επώδυνη εμπειρία, η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου κατά την περίοδο που εμφανίζει συμπτώματα (άγχος, κατάθλιψη, φόβος), η υποκειμενική εκτίμηση και πρόβλεψη της πορείας της νόσου από τον ίδιο τον ασθενή καθώς και το πώς αντιμετωπίζεται ο ίδιος από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον (Gatchel et al, 2007).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι ένα ευρέως αποδεκτό, ολιστικό μοντέλο που χρησιμοποιείται πλέον για την κατανόηση και την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Καθώς τονίζει τη δυναμική σχέση ανάμεσα σε μια ποικιλία βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων που δύνανται να επηρεάσουν την εμπειρία που βιώνει ένα άτομο που ζει με τον χρόνιο πόνο. Σύμφωνα με αυτό, οι βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες καθορίζονται από κεντρικές διεργασίες (βιολογικές, γνωστικές, συναισθηματικές) και περιφερικές (αυτόνομες, ενδοκρινικές και ανοσοποιητικές αποκρίσεις). Οι κοινωνικοί παράγοντες (οικογένεια, κοινωνικό υπόβαθρο, κοινωνική υποστήριξη, πολιτισμός και εθνική κουλτούρα), βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση με τις ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους, διαμορφώνοντας κάθε φορά την ατομική χρόνια επώδυνη κατάσταση (Miaskowski et al, 2019).



**Εικόνα2.8** - Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο χρόνιου πόνου

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του πόνου, αναφέρει ότι το βλαβερό ερέθισμα, φιλτράρεται από το βιοψυχοκοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, το οποίο οδηγεί τελικά στην εμπειρία του πόνου. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο αποτελεί τόσο μια φιλοσοφία κλινικής φροντίδας όσο και ένα πρακτικό κλινικό οδηγό. Από φιλοσοφικής πλευράς, δίνεται η δυνατότητα να κατανοηθεί καλύτερα ο τρόπος με τον οποίο κάποιος υποφέρει ενώ ταυτόχρονα γίνεται αντιληπτό το πώς πολλαπλά επίπεδα οργάνωσης (κοινωνικό, μοριακό επίπεδο), επηρεάζουν τους μηχανισμούς πυροδότησης και συντήρησης μιας νόσου. Παράλληλα, από πρακτικής πλευράς, επιτρέπεται η κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενούς ως ουσιαστικού παράγοντα για την ακριβή διάγνωση και επιλέγεται η κατάλληλη ατομική φροντίδα (Borrell-Carrío, 2004).

## **2.10. Στάσεις και πεποιθήσεις ασθενών με χρόνιο πόνο**

Ο χρόνιος πόνος προκαλεί ποίκιλλα αρνητικά αποτελέσματα όπως είναι η μείωση των δραστηριοτήτων του, κοινωνική απομόνωση, αδυναμία συγκέντρωσης, οικογενειακά και

επαγγελματικά προβλήματα, άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου και επομένως μειώνει αισθητά την ποιότητα ζωής και την ευημερία του ατόμου. Γι' αυτό το λόγο, η διαχείριση του πόνου και η υιοθέτηση της κατάλληλης στρατηγικής αντιμετώπισης είναι οι πιο σημαντικοί στόχοι για τους ασθενείς με χρόνια πόνο. Υπάρχουν διάφορες φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές μέθοδοι για τον έλεγχο του πόνου. Ωστόσο, εάν ο πόνος δεν μειωθεί παρά την κατάλληλη θεραπεία και περίθαλψη, θα πρέπει να γίνει αξιολόγηση των πεποιθήσεων και των στάσεων για τον πόνο λαμβάνοντας υπόψη ψυχολογικούς μηχανισμούς που περιλαμβάνουν συναισθήματα και πεποιθήσεις, οι οποίοι ενδέχεται να έχουν επίδραση στον πόνο. Διότι είναι πλέον σαφές ότι οι πεποιθήσεις και οι στάσεις μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αγωνίζονται για την ανάρρωση και την αυτονομία τους (Wertli et al, 2014).

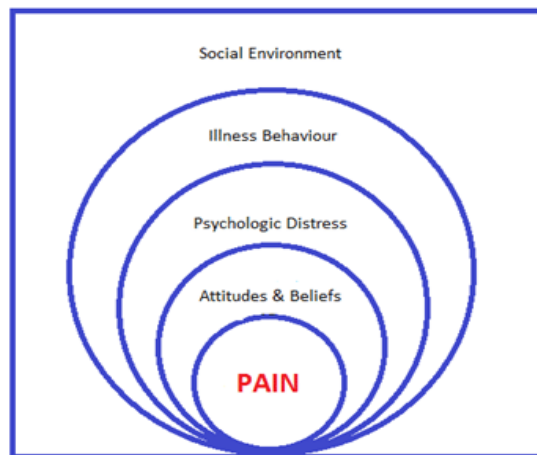
Οι πεποιθήσεις και οι στάσεις για τον πόνο είναι σημαντικοί ψυχολογικοί και γνωσιακοί παράγοντες που επηρεάζουν τον χρόνο πόνο και την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις προσεγγίσεις διαχείρισης του πόνου που επιλέγονται. Έχουν άμεση συσχέτιση με τη σοβαρότητα του επώδυνου επεισοδίου και τη δυσφορία που αισθάνονται οι ασθενείς με χρόνια πόνο. Αποδεδειγμένα, οι αρνητικές πεποιθήσεις και στάσεις για τον πόνο, προκαλούν μια παρατεταμένη αλγεινή κατάσταση υψηλής έντασης (Jia et al, 2016). Γενικά, οι αρνητικές γνώσεις που σχετίζονται με τον πόνο και οι στρατηγικές παθητικής αντιμετώπισης του πόνου έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη ένταση πόνου, διαταραχή της συμπεριφοράς, αυξημένη δυσφορία, κακή προσαρμογή στα πρωτόκολλα θεραπείας και αρνητική επίδραση στην καθημερινότητα του ατόμου. Οι πεποιθήσεις για τον πόνο, επηρεάζουν τον τρόπο αντιμετώπισης του και επομένως μπορούν να επηρεάσουν τον έλεγχο του. Οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις αιτίες, τις συνέπειες και τις εμπειρίες του πόνου έχουν είτε οργανική είτε ψυχολογική διάσταση. Η οργανική διάσταση των πεποιθήσεων για τον πόνο σχετίζεται με τη φυσική επώδυνη εμπειρία, που είναι αποτέλεσμα σωματικής βλάβης ή τραυματισμού και μπορεί να απειλήσει την ατομική ευημερία. Η ψυχολογική διάσταση των πεποιθήσεων πόνο και απειλούν με την σειρά τους την ευημερία του ατόμου (Edwards et al, 1992).

Αντιλήψεις και στάσεις όπως “ ο πόνος μου είναι αποτέλεσμα ιστικής βλάβης του σώματος μου”, “η σωματική άσκηση θα χειροτερέψει τον πόνο μου”, “Όταν πονάω , πρέπει να ξεκουράζομαι”, “ο πόνος σημαίνει ότι κάτι δεν πάει καλά με το σώμα μου”, “η ένταση του πόνου αντιστοιχεί με την σοβαρότητα της κατάστασης”, “η αιτία του πόνου μπορεί να βρεθεί από τον ειδικό”, “ο πόνος είναι σημάδι ασθένειας”, “ όταν έχω μελαγχολική διάθεση, ο πόνος είναι χειρότερος”, “ο πόνος μπορεί να μειωθεί αν τον αγνοήσω”, “πρέπει να κάνω υπομονή όταν πονάω”, “η φαρμακευτική αγωγή είναι η καλύτερη θεραπεία για τον πόνο”, “ο γιατρός είναι ο μόνος που μπορεί να με ανακουφίσει από τον πόνο”, “ όταν είμαι αγχωμένος, ο πόνος είναι χειρότερος”, “ο πόνος μπορεί να μειωθεί αν δώσω προσοχή σε άλλες δραστηριότητες”, “είναι αδύνατον να ελέγξεις τον πόνο μόνος σου” , “όταν πονάω πρέπει να αποφεύγω κάθε είδους κίνηση”, “μπορώ εύκολα να τραυματιστώ ξανά αν δεν είμαι προσεκτικός”, “μπορώ να αντέξω περισσότερο πόνο από του άλλους”, “οι γυναίκες αντέχουν περισσότερο πόνο από τους άνδρες”, αποτελούν μερικά παραδείγματα πεποιθήσεων και στάσεων που μπορούν να επηρεάσουν τον πόνο του ασθενή, τον τρόπο που παρουσιάζουν το πρόβλημα τους στους επαγγελματίες υγείας, τον τρόπο που ανταποκρίνονται τόσο σε συμβατικές, ψυχολογικές όσο και σε διεπιστημονικές προσεγγίσεις διαχείρισης του πόνου, καθώς και τις συμπεριφορές που μπορούν να αναπτύξουν όταν πονούν (Edwards et al, 1992).

Λανθασμένες στάσεις και πεποιθήσεις, οδηγούν συχνά στην υιοθέτηση προβληματικών προτύπων και συμπεριφορών σχετικά με τον πόνο. Συμπεριφορές όπως η καταστροφολογία σχετικά με τον πόνο, μπορούν να οδηγήσουν στην αναζωπύρωση του πραγματικού ή του αναμενόμενου πόνου και σχετίζονται με χαμηλή ανταπόκριση στην θεραπεία ασθενών με χρόνια πόνο. Ένα άτομο που καταστροφολογεί για τον πόνο του, δηλαδή είναι πεπεισμένο ότι το σώμα του είναι εξαιρετικά ευάλωτο, αδύναμο και για αυτό πρέπει να προστατεύεται από υπερβολική πίεση, είναι πιθανό να αναπτύξει συμπεριφορά που συνδέεται με τον φόβο της κίνησης (Kinesiophobia) ή με τον φόβο αποφυγής (fear avoidance behavior) ή τον φόβο επανατραυματισμού. Ωστόσο, οι προσεκτικές κινήσεις και οι κινήσεις αποφυγής που προκαλούνται λόγω φόβου, σχετίζονται με αυξημένη μυϊκή σύσπαση και περιορισμό του εύρους τροχιάς των κινήσεων, και μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσουν σε αχρηστία,

κατάθλιψη, μειωμένη λειτουργικότητα και αναπηρία. Από την άλλη πλευρά, ένας ασθενής που δεν καταστροφολογεί, είναι πιο πιθανό να επαναλάβει τις καθημερινές δραστηριότητες και να ανακάμψει με επιτυχία (Houben et al,2005).

Συμπερασματικά λοιπόν, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των ασθενών για τον χρόνιο πόνο, που συνδέονται με ψυχολογικούς και γνωσιακούς παράγοντες ευνοούν τη μετάπτωση της επώδυνης κατάστασης από την οξεία στη χρόνια φάση, σχετίζονται με την αύξηση του πόνου και τη μειωμένη λειτουργική ικανότητα και μπορούν ταυτόχρονα να χρησιμοποιηθούν ως προγνωστικά στοιχεία για την ανταπόκριση των ασθενών στα θεραπευτικά πρωτόκολλα και στην επιστροφή αυτών στις δραστηριότητες της καθημερινότητας. Ως εκ τούτου, γίνεται εύκολα κατανοητή η σημαντικότητα της αξιολόγησης των στάσεων και των πεποιθήσεων στην αντιμετώπιση του ασθενή με χρόνια πόνο και στην επιλογή του κατάλληλου ολιστικού σχήματος περίθαλψης.



**Εικόνα 2.9** - Κατανόηση των στάσεων και των πεποιθήσεων ως καθοριστικοί παράγοντες εμφάνισης του πόνου μέσω του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου

### **2.10.1. Στωικισμός και επιφυλακτικότητα ως στάσεις σχετιζόμενες με τον χρόνιο πόνο.**

Ο Ζήνων ο Κιτιεύς (334 π.Χ. - 262 π.Χ.) ήταν Ελληνιστικός φιλόσοφος από το Κίτιο, ο οποίος δημιούργησε τη φιλοσοφική σχολή του στωικισμού στην Αθήνα. Οι οπαδοί του, υποστήριξαν μεταξύ άλλων, τη διατήρηση της ηρεμίας σε δύσκολες καταστάσεις και την αποδοχή αυτών χωρίς διαμαρτυρία. Πίστευαν ότι η αρετή, που θεωρήθηκε το μέγιστο καλό, αποτελούταν από τη βούληση που προερχόταν από τη φύση και ως εκ τούτου ήταν ανεπηρέαστη από κάθε κοσμική επιθυμία. Το συναίσθημα επομένως έπρεπε να καταδικαστεί και να ελεγχθεί. Η έννοια του στωικισμού απεικονίζεται συνήθως ως χαρακτηριστικό ή διάθεση που συνδέεται με την έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και την αυξημένη αντοχή στις αντιξοότητες της ζωής. Ο στωικισμός εμφανίζεται και ως ένας τρόπος αντιμετώπισης μιας ασθένειας και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών όπως η σιωπή, η αντοχή της επώδυνης κατάστασης και η αποδοχή του πόνου χωρίς παράπονα (Calderon et al, 2017).

Οι μεγάλες ασιατικές φιλοσοφικές σχολές όπως ο Βουδισμός και ο Κομφουκιανισμός, ενέκριναν επίσης στωικές αρχές και διδασκαλίες. Ξεκινώντας τον 19ο αιώνα, ακαδημαϊκοί και δημοφιλείς φιλόσοφοι στην Ευρώπη και την Αμερική εκτέθηκαν και επηρεάστηκαν από την ασιατική φιλοσοφία και θρησκεία. Επομένως, μπορεί να μην είναι πάντα δυνατό να γίνει διάκριση, αν τα συγκεκριμένα σκέλη της σύγχρονης σκέψης που σχετίζονται με το στωικισμό προέρχονταν από την αρχαία Ελλάδα, την αρχαία Ινδία ή αλλού (Gowans et al, 2010). Οι σύγχρονες έννοιες και οι επεξηγήσεις του στωικισμού έχουν επεκταθεί πέρα από την αρχαία τους προέλευση, και συμπεριλαμβάνουν τα ιδανικά της ηρεμίας και της αυτάρκειας. Σήμερα, οι φιλοσοφικές αρχές του στωικισμού φαίνονται να ευθυγραμμίζονται στενά με κάποιες προσωπικές ιδεολογίες, αξίες και συμπεριφορές που είναι κοινές σε πολλά βιομηχανικά έθνη, και είναι εμφανείς και σε πολλούς μη-δυτικούς πολιτισμούς. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ, οι ένοπλες δυνάμεις έχουν αγκαλιάσει ρητά τη στωική ιδεολογία ως εργαλείο για τον μετριασμό του στρες κατά τη μάχη (Jarrett, 2013).

Ωστόσο, ο στωικισμός φαίνεται πως έχει τις προεκτάσεις του και στην υγεία. Σήμερα θεωρείται συχνά ως ένα σύστημα αυτορρύθμισης και όχι ως ένα χαρακτηριστικό συμπεριφοράς ή προσωπικότητας. Αποτελεί οδηγό για την ιδανική συμπεριφορά, που

απαιτεί αυτοσυνείδητη εφαρμογή και τακτική επιβολή. Με άλλα λόγια, ο στωικισμός είναι μια ιδεολογία (ένα σύστημα πεποιθήσεων που ενημερώνει τις στάσεις και τις ενέργειες κάποιου με την εγγενή δυνατότητα εσωτερικής αντίστασης και σύγκρουσης). Οι προσωπικές ιδεολογίες όμως, δημιουργούν προσδοκίες για τους ανθρώπους για το ποιοι είναι, καθώς και για το πώς πρέπει και δεν πρέπει να συμπεριφέρονται. Με αυτόν τον τρόπο, υποστηρίζεται ότι τα άτομα που έχουν μια έντονη στωική στάση, είναι πιο πιθανό να αποφύγουν ή να καθυστερήσουν την αναζήτηση επαγγελματικής ιατρικής παρέμβασης όταν εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα ασθένειας. Έτσι σε σύγχρονες μελέτες, ο στωικισμός αναφέρεται συχνότερα σε έρευνες σχετικές με τον πόνο και ιδιαίτερα με τον καρκινικό πόνο καθώς και με στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies). Η στωικότητα αναφέρεται συχνά ως μια στρατηγική αντιμετώπισης του πόνου. Ενώ, σε ενημερωμένες κλίμακες μέτρησης στωικισμού, η στωικότητα γίνεται αντιληπτή ως πρότυπο συμπεριφοράς ή ως στάση και πεποίθηση στον πόνο (Pathak et al, 2017).

Επιπροσθέτως, πέρα από τον στωικισμό, και η επιφυλακτικότητα του ασθενή μπορεί να καθυστερήσει την αναζήτηση της κατάλληλης ιατρικής βοήθειας. Ο στωικισμός συνδέεται με την απροθυμία κάποιου να εκφράσει την επώδυνη εμπειρία του καθώς και με την πίστη του σε έναν ανώτερο έλεγχο του πόνου. Από την άλλη πλευρά, η επιφυλακτικότητα του ασθενή συνδέεται με την αυτοπεποίθηση του να κρίνει κάτι αν προκαλεί πόνο ή όχι και με την προθυμία που έχει να χαρακτηρίσει και να ονομάσει ένα σύμπτωμα ως επώδυνο. Έτσι γίνεται εύκολα κατανοητό ότι οι στάσεις του στωικισμού και της επιφυλακτικότητας, οδηγούν συχνά σε έλλειψη αναφοράς των συμπτωμάτων του πόνου από τους ασθενείς και επομένως συντήρηση της χρονιότητας της επώδυνης κατάστασης (Yong et al, 2003).

Ακόμα και σήμερα ωστόσο, που έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές εξελίξεις στην κατανόηση των μηχανισμών του πόνου και προσφέρονται πλέον ολιστικά θεραπευτικά σχήματα που είναι αποτελεσματικά έναντι του πόνου, μερικοί ασθενείς παραμένουν διστακτικοί, επιφυλακτικοί και απρόθυμοι να αποκαλύψουν αν και πότε βιώνουν μια επώδυνη κατάσταση. Αυτή η απροθυμία αναφοράς της ενόχλησης, μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους. Συχνότερα, οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς είναι στωικοί και



πιστεύουν ότι η αποδοχή του πόνου τους, θα γίνει αντιληπτή ως ένδειξη αδυναμίας ή ευπάθειας. Παράλληλα προκαλείται και όταν οι ασθενείς διατηρούν μια επιφυλακτική στάση προς τον πόνο, εμφανίζοντας ένα δισταγμό να ονομάσουν ένα ερέθισμα επώδυνο. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, μπορεί να υποκρύπτεται ο φόβος των ασθενών ότι τα παράπονα τους σχετικά με τον πόνο τους, είναι ενοχλητικά για τις οικογένειες τους, τους φροντιστές τους και για τους θεράποντες γιατρούς. Έτσι, πιστεύεται ότι τόσο η στωικότητα όσο και η επιφυλακτικότητα υιοθετούνται από ασθενείς που δεν θέλουν να γίνουν βάρος στο ευρύτερο τους περιβάλλον (Cagle et al, 2017). Την ίδια στιγμή η στωικότητα και η επιφυλακτικότητα, ανευρίσκονται συνήθως σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό συμβαίνει διότι, με το πέρασμα των ετών, οι ασθενείς αποδέχονται περισσότερο τον πόνο τους και τείνουν να μην το εκφράζουν επειδή τον θεωρούν φυσικό συνοδό σύμπτωμα της γήρανσης (Portenoy & Farkash, 1988; Gibson & Helme, 2001).

Ομολογουμένως λοιπόν, ο στωικισμός και η επιφυλακτικότητα συμπεριλαμβάνονται στις στάσεις και στις πεποιθήσεις που συμβάλλουν στην απροθυμία παραδοχής του πόνου. Ο στωικισμός όπως και η επιφυλακτικότητα, όταν εμφανίζονται σε ασθενείς με χρόνια πόνο, αποτελούν πολύπλοκες και πολυδιάστατες έννοιες. Ο στωικός ασθενής είναι αυτός που μπορεί να μπλοκάρει και να αποκλείσει το πόνο του ή αυτός που θα σφίξει τα δόντια σε μια δύσκολη στιγμή και δεν θα παραπονεθεί. Είναι το ίδιο άτομο που δείχνει ακλόνητο και ισχυρό μπροστά στον πόνο και θεωρεί αδυναμία την παραδοχή του πόνου. Για αυτό, ο στωικισμός συνδέεται με την ανθεκτικότητα και την επιμονή. Άλλοτε, ο στωικός ασθενής, παρουσιάζεται ως ένα άτομο που εμφανίζει έλλειψη συναισθηματικής εκφραστικότητας με ταυτόχρονη έντονη άσκηση συναισθηματικού ελέγχου. Έτσι, ένα γνωστικό σχήμα που θα μπορούσε να σχετίζεται με τον στωικισμό ίσως είναι το «Δεν θέλω να ενημερώσω τους άλλους ότι βιώνω πόνο γιατί, αν το έκανα, θα με έκανε να φαίνομαι αδύναμος» (Cagle et al, 2015).

Η επιφυλακτικότητα, συχνά συνοδεύει τον στωικισμό στην βιβλιογραφία. Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι δεν εμφανίζουν μια στωική στάση όλοι οι ασθενείς που είναι απρόθυμοι να παραδεχτούν τον πόνο. Μερικά άτομα, μπορεί να είναι πιο

επιφυλακτικά σχετικά με την αναφορά αλγεινών συμπτωμάτων. Αντίθετα με τον στωικό ασθενή, ο επιφυλακτικός είναι εκείνος έχει αμφιβολία για τον πόνο του (δηλαδή αν η ενόχληση που αισθάνεται φθάνει τα επίπεδα του πόνου ή βιώνει μια διαφορετική δυσάρεστη αίσθηση) ή είναι αυτός που δεν είναι σίγουρος για το αν ένα ερέθισμα είναι πράγματι οδυνηρό. Η επιφυλακτικότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα έλλειψης γνώσεων σχετικά με την αιτιολογία του πόνου ή να οφείλεται σε ένα περιορισμένο και ανίκανο λεξιλόγιο να περιγράψει τον πόνο. Η αβεβαιότητα κρίσης της αίσθησης του πόνου προέρχεται από αντιλήψεις παρόμοιες με εκείνες που οδηγούν συχνά στην απροθυμία εκδήλωσης του, δηλαδή από τον φόβο του ασθενή ότι δεν θα γίνει πιστευτός, από την επιθυμία του να είναι καλός ασθενής και να μην αποτελεί βάρος στους υπολοίπους. Τέλος, ένα γνωστικό σχήμα που θα μπορούσε να απεικονίσει την επιφυλακτικότητα είναι το "Δεν είμαι σίγουρος πώς η σοβαρότητα του πόνου μου συγκρίνεται με τη σοβαρότητα των άλλων, οπότε ίσως δεν αξίζει να αναφερθεί" (Yong , 2006).

### **2.11. Διαπολιτισμική προσαρμογή ενός ερωτηματολογίου**

Η διαπολιτισμική προσαρμογή (cross-cultural adaptation - CCA) εργαλείων είναι μια διαδικασία που έχει μελετηθεί εκτενώς στον ευρύτερο κλάδο των κοινωνικών επιστημών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής από το 1930. Κάτι το οποίο δικαιολογείται από το γεγονός της συνεχούς ενασχόλησης των Η.Π.Α με το μεταναστευτικό ζήτημα και την ακατάπαυστη υποδοχή αλλοδαπών. Αρκετά αργότερα, η διαπολιτισμική προσαρμογή εργαλείων φαίνεται να απασχόλησε την Ευρώπη, την Αυστραλία, τον Καναδά, τη Νέα Ζηλανδία και το Ισραήλ (Hilton et al., 2002 ; Sperber, 2004). Στο νέο πολιτισμικό στερέωμα, τόσο η παγκοσμιοποίηση όσο και οι μεταναστευτικές ροές συνέβαλαν στην αύξηση της ποικιλομορφίας του πληθυσμού σε πολλές χώρες, σχετικά με τον πολιτισμό, τη γλώσσα και την εθνικότητα. Ως εκ τούτου, υπάρχει αρκετά συχνά ανάγκη διαπολιτισμικής έρευνας για την αντιμετώπιση ορισμένων προβλημάτων που αφορούν τους πολυεθνικούς και πολυπολιτισμικούς πληθυσμούς. Έτσι λοιπόν, με την αύξηση αυτών των ερευνών, προέκυψε η ανάγκη προσαρμογής των μέτρων και των εργαλείων σχετικών με την υγεία σε άλλες γλώσσες εκτός από την αρχική γλώσσα. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια έχουν αναπτυχθεί

στην αγγλική γλώσσα και για αυτό τον λόγο, πιο συχνή είναι η στάθμιση ενός ερωτηματολογίου από την αγγλική γλώσσα σε οποιαδήποτε άλλη. Στην επιστήμη της φυσικοθεραπείας, η ύπαρξη διαπολιτισμικών και προσαρμοσμένων εργαλείων στην ελληνική γλώσσα κρίνεται απαραίτητη.

Η διαδικασία της μετάφρασης, της στάθμισης και της διαπολιτισμικής προσαρμογής ενός εργαλείου για τη χρήση του σε άλλους πολιτισμούς, γλώσσες και χώρες απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και υιοθέτηση σφαιρικών, αυστηρών και καθιερωμένων μεθοδολογικών προσεγγίσεων. Η υλοποίηση της στάθμισης είναι πολλές φορές σύνθετη διότι θα πρέπει οι έννοιες και οι ορισμοί που υπάρχουν στο αρχικό εργαλείο, να προσαρμοστούν με τέτοιο τρόπο ώστε να αποδίδουν την ίδια σημασία. Κάτι το οποίο δεν είναι καθόλου εύκολο λόγω των διαφορών που υπάρχουν από κουλτούρα σε κουλτούρα. Ο στόχος της διαπολιτισμικής προσαρμογής (CCA) ενός ερωτηματολογίου είναι η επίτευξη ισοδυναμίας μεταξύ του αρχικού και του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου (Erstein et al, 2015).

## **2.12. Έλεγχος εγκυρότητας μετρήσεων ερωτηματολογίου**

Ως εγκυρότητα (validity) ορίζεται ο βαθμός με τον οποίο ένα όργανο ή μια κλίμακα ή ένα εργαλείο μέτρησης, μετρά αυτό που υποτίθεται ότι μετρά. Ένα εργαλείο είναι έγκυρο, εφόσον είναι αξιόπιστο ενώ η αντίθετη προϋπόθεση δεν υφίσταται. Η εγκυρότητα των μετρήσεων ενός οργάνου ελέγχεται ως προς τη δομική εγκυρότητα ή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity), την εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), την εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity) και τέλος ως προς τη φαινομενική εγκυρότητα (face validity) (Thomas & Nelson 1996).

Αναλυτικότερα, η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής αποδεικνύεται συνήθως έπειτα από πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί, χρησιμοποιώντας το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης. Οι κλίμακες που ελέγχονται συνήθως ως προς τη δομική τους εγκυρότητα, είναι εκείνες που αξιολογούν αφηρημένες έννοιες όπως οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις. Η δομική εγκυρότητα αντανακλά το κατά πόσο μια κλίμακα μετρά μια θεωρητική δομή και τεκμηριώνεται με τη μέθοδο των γνωστών ομάδων (known groups method), τη συγκλίνουσα

εγκυρότητα (convergent validity), την αποκλίνουσα ή διακρίνουσα εγκυρότητα (discriminant validity) καθώς και μέσω της παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis). Μέσω της συγκλίνουσας και της αποκλίνουσας εγκυρότητας, αναζητείται η ύπαρξη θετικής ή αρνητικής συσχέτισης αντίστοιχα, δυο διαφορετικών οργάνων μέτρησης που αξιολογούν την ίδια έννοια. Στη μέθοδο των γνωστών ομάδων, χορηγείται το ερωτηματολόγιο σε δυο ομάδες του πληθυσμού, που βάσει της βιβλιογραφίας διαφέρουν με το προς μέτρηση στοιχείο. Έπειτα συγκρίνονται οι τιμές των ομάδων που διαφέρουν σε σχέση με το χαρακτηριστικό. Η ύπαρξη της διαφοράς αποδεικνύει τη δομική εγκυρότητα. Τέλος, η παραγοντική ανάλυση ομαδοποιεί τις ερωτήσεις που υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο και εάν προκύψουν οι υποκείμενες διαστάσεις που συνάδουν με τις υποκλίμακες αξιολόγησης του ερωτηματολογίου ή με τις επί μέρους έννοιες του στοιχείου που μετρείται, τότε το όργανο μέτρησης εμφανίζει ενδείξεις εννοιολογικής κατασκευής. Η παραγοντική ανάλυση είναι μια σύνθετη στατιστική διαδικασία και πραγματοποιείται είτε μέσω της διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων (exploratory factor analysis) είτε της επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων (confirmatory factor analysis) (Jacobson, 1992).

Η εγκυρότητα περιεχομένου ενός εργαλείου πρέπει να έχει εξακριβωθεί πριν διεξαχθεί η έρευνα. Σχετίζεται με το κατά πόσο η κλίμακα μετρά όλες τις διαστάσεις του όρου που θεωρητικά αξιολογεί. Εξαρτάται από την κρίση τουλάχιστον τριών εμπειρογνομόνων στον τομέα. Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος ποσοτικοποίησης της εγκυρότητας περιεχομένου για κλίμακες πολλαπλών στοιχείων είναι ο δείκτης εγκυρότητας περιεχομένου (Content Validity Index – CVI) όπου οι αξιολογητές μέσω μιας τετραβάθμιας κλίμακας likert καλούνται να βαθμολογήσουν κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου από 1 (καθόλου σχετική), 2 (λίγο σχετική), 3 (αρκετά σχετική), 4 (πολύ σχετική). Συνηθέστερα, υπολογίζεται ο δείκτης εγκυρότητας περιεχομένου κάθε πρότασης (I-CVI), καθώς και κάθε κλίμακας (S-CVI). Ο δείκτης κάθε στοιχείου (I-CVI) υπολογίζεται ως ο αριθμός των εμπειρογνομόνων που βαθμολογούν είτε με 3 είτε με 4, διαιρούμενος με τον αριθμό των εμπειρογνομόνων. Δηλαδή ανευρίσκεται το συμφωνημένο ποσοστό συνάφειας. Ο δείκτης κάθε κλίμακας (S-CVI) υπολογίζεται με δύο τρόπους. Μια προσέγγιση είναι η απαίτηση της καθολικής συμφωνίας

(UA) μεταξύ εμπειρογνομώνων (S-CVI / UA), ορίζοντας το S-CVI ως το ποσοστό των στοιχείων σε ένα ερωτηματολόγιο που έχει επιτύχει βαθμολογία 3 ή 4 από όλους τους ειδικούς. Το S-CVI / UA ανευρίσκεται αθροίζοντας όλα τα στοιχεία με I-CVI ίσο με 1 διαιρούμενο με τον συνολικό αριθμό ερωτήσεων. Μια άλλη προσέγγιση για το S-CVI είναι ο υπολογισμός του I-CVI για κάθε στοιχείο της κλίμακας και, στη συνέχεια, ο υπολογισμός του μέσου I-CVI σε κάθε στοιχείο. Δηλαδή ανευρίσκεται ο μέσος όρος (S-CVI / Ave), που ισούται με το άθροισμα των I-CVI διαιρούμενο με τον συνολικό αριθμό των στοιχείων (Polit & Beck, 2007).

Σχετικά με τις τιμές, όταν το I-CVI λαμβάνει τιμή μεγαλύτερη του 0,79, φαίνεται ότι η πρόταση είναι σχετική. Οι τιμές S-CVI / UA  $\geq 0,8$  και οι τιμές S-CVI / Ave  $\geq 0,9$  υποδεικνύουν εξαιρετική εγκυρότητα περιεχομένου (Shi et al, 2012).

Η εγκυρότητα κριτηρίου αφορά το βαθμό συσχέτισης του σκορ του νέου ερωτηματολογίου με το σκορ ενός άλλου εργαλείου μέτρησης που έχει ελεγχθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του και αξιολογεί την ίδια παράμετρο. Η εγκυρότητα κριτηρίου διακρίνεται στη συντρέχουσα εγκυρότητα (concurrent validity) και στην εγκυρότητα πρόβλεψης (predictive validity). Για τον έλεγχο της συντρέχουσας εγκυρότητας συμπληρώνονται δύο ερωτηματολόγια την ίδια χρονική στιγμή, που αξιολογούν την ίδια παράμετρο. Έπειτα, πραγματοποιείται έλεγχος συσχέτισης των βαθμολογιών των εργαλείων μέσω του συντελεστή συσχέτισης  $r$  (correlation coefficient). Το νέο εργαλείο μέτρησης είναι έγκυρο και κατέχει συντρέχουσα εγκυρότητα όταν εμφανίζει θετικό ισχυρό συντελεστή συσχέτισης  $r$  (Thomas & Nelson 1996). Αντιστοίχως, η εξακρίβωση της προβλεπτικής εγκυρότητας, πραγματοποιείται μέσω του συντελεστή συσχέτισης  $r$  ανάμεσα στο σκορ του νέου ερωτηματολογίου και στη βαθμολογία μιας μελλοντικής μέτρησης της ίδιας ή παρόμοιας παραμέτρου (Norwood, 2000).

Τέλος, η φαινομενική εγκυρότητα είναι μια εκτίμηση του κατά πόσο, ένα όργανο αξιολόγησης αγγίζει ξεκάθαρα και αναμφίβολα την έννοια που φαίνεται ότι μετρά. Η φαινομενική εγκυρότητα δεν πρέπει να συγχέεται με την εγκυρότητα περιεχομένου (Ουζούνη & Νακάκης 2011).

### 2.13. Έλεγχος αξιοπιστίας μετρήσεων ερωτηματολογίου

Ένα ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο, όταν σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις που λαμβάνουν χώρα σε διαφορετική χρονική περίοδο, μετράει με σταθερότητα και συνέπεια τη μεταβλητή που αναφέρεται ότι μετράει.

Οι μετρήσεις ενός ερωτηματολογίου αξιολογούνται ως προς την αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (test-retest reliability), την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Internal consistency reliability), την αξιοπιστία των ημικλαστών (split-half reliability), την αξιοπιστία εναλλακτικών μορφών (alternate form reliability), την αξιοπιστία μετρήσεων μεταξύ βαθμολογητών (inter-rater reliability) (Kimberlin, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, ο έλεγχος της αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων ολοκληρώνεται έπειτα από τη χορήγηση του ίδιου τεστ, σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές υπό τις ίδιες συνθήκες, στα ίδια άτομα και έπειτα προσδιορίζεται ο βαθμός συσχέτισης των δύο βαθμολογιών μέσω του συντελεστή συσχέτισης  $r$  (correlation coefficient). Η στιγμή της δεύτερης χορήγησης δεν πρέπει να είναι αρκετά μακριά από την πρώτη ώστε να μην αλλάζει ο τρόπος ανταπόκρισης των ατόμων αλλά ούτε και κοντινή ώστε τα υποκείμενα να μην επηρεάζονται από την προηγούμενη μέτρηση (Fraser & Fogarty 1989).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας παρέχει μια εκτίμηση της ομοιογένειας των στοιχείων που ανήκουν στο ίδιο εργαλείο μέτρησης και αξιολογούν την ίδια παράμετρο. Ο έλεγχος της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής, πραγματοποιείται μέσω του υπολογισμού του συντελεστή Cronbach's alpha σε επίπεδο ερώτησης, υποκλίμακας, αλλά και σε επίπεδο οργάνου μέτρησης. Υψηλότερες τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha, αντιστοιχούν σε υψηλότερη αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας. Αποδεκτή αξιοπιστία υπάρχει όταν η τιμή  $\alpha$  είναι 0,6 - 0,7, καλή όταν η τιμή  $\alpha$  είναι 0,7 - 0,9 και εξαιρετική όταν η τιμή  $\alpha$  είναι  $> 0,9$  (Cronbach, 1951).

Στην αξιοπιστία των ημικλαστών, οι ερωτήσεις του εργαλείου κατανέμονται σε δύο μέρη. Έπειτα, υπολογίζεται μια βαθμολογία ανά μέρος και στο τέλος ανευρίσκεται ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στα δύο σκορ (Pronk et al, 2021).

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εναλλακτικών μορφών, δίνεται προς συμπλήρωση στους ασθενείς το ερωτηματολόγιο στην κανονική του μορφή και έπειτα δίνεται το ίδιο ερωτηματολόγιο διατυπωμένο διαφορετικά. Στη συνέχεια, υπολογίζεται ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στις δυο βαθμολογίες (Jacobson, 1992).

Τελειώνοντας, η αξιοπιστία μετρήσεων μεταξύ βαθμολογητών αφορά τη συμπλήρωση εργαλείων που βασίζονται στην παρατήρηση καταστάσεων. Ο κάθε βαθμολογητής συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο και έπειτα υπολογίζεται ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των δύο σκορ των βαθμολογητών (Ουζούνη & Νακάκης 2011).

### III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 3.1. Το ερωτηματολόγιο PAQ-R

Οι Yong et al, 2003, διαμόρφωσαν το PAQ-R (Παράρτημα 3.1), ένα αξιόπιστο εργαλείο που εξετάζει κάποιους τρόπους που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να διαχειρίζονται – αντεπεξέρχονται στον πόνο. Πιο συγκεκριμένα το PAQ-R αξιολογεί στάσεις που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο, όπως η στωικότητα και η επιφυλακτικότητα. Αποτελείται από 4 υποκλίμακες και συνολικά διαθέτει 24 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται από μια πενταβάθμια κλίμακα likert. Έτσι, οι απαντήσεις που μπορούν να δοθούν πηγαινούν από το ένα άκρο στο άλλο, αφού στο ένα άκρο αντιστοιχεί η απάντηση 1 (*Διαφωνώ απόλυτα*) και στο άλλο άκρο η απάντηση 5 (*Συμφωνώ απόλυτα*).

Η πρώτη υποκλίμακα εξετάζει τη στωική εχεμύθεια/ την προθυμία έκφρασης πόνου (Stoic-Reticence (PAQ-R/SR) - willingness to express pain) και περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις. Η δεύτερη υποκλίμακα ελέγχει τη στωική ανωτερότητα/ την πίστη σε έναν ανώτερο έλεγχο του πόνου (Stoic-Superiority (PAQ-R/SS) - belief in superior pain control) και περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις. Έπειτα, η τρίτη υποκλίμακα αξιολογεί την επιφυλακτική/προσεκτική αυτοάμφισβόλια - την αυτοπεποίθηση για τη λήψη απόφασης σχετικά με τον πόνο (Cautious-Self doubt (PAQ-R/CS) - confidence in making pain judgement) και περιέχει 6 ερωτήσεις ενώ τέλος, η τέταρτη υποκλίμακα εξετάζει την επιφυλακτική/προσεκτική απροθυμία - την προθυμία να χαρακτηρίσει κάτι ως επώδυνο (Cautious-Reluctance (PAQ-R/CR) - willingness to label something as painful) και διαθέτει 4 ερωτήσεις. Κάθε υποκλίμακα μπορεί να λάβει μέγιστη τιμή το 5 ενώ η μέγιστη τιμή του ερωτηματολογίου είναι το 20.

#### 3.2. Άδεια χρήσης

Για την εκκίνηση της μεταπτυχιακής αυτής μελέτης, ήταν απαραίτητη η χορήγηση της άδειας από τον κατασκευαστή του PAQ-R, ώστε το τελευταίο να μπορεί να χρησιμοποιηθεί



και να σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα. Έτσι λοιπόν, πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική επικοινωνία με τον καθηγητή Hua - Hie Yong στο Πανεπιστήμιο Deakin της Victoria στην Australia, τον Φεβρουάριο του 2020. Στην επικοινωνία αυτή, αναφέρθηκε ο σκοπός χρήσης του ερωτηματολογίου, που ήταν η διαπολιτισμική προσαρμογή του στην ελληνική γλώσσα και ζητήθηκε η απαραίτητη άδεια χρήσης. Ο καθηγητής Hua - Hie Yong απάντησε γρήγορα και θετικά στο αίτημα και μάλιστα απέστειλε το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο καθώς και τον τρόπο βαθμολόγησης του (Scoring Key) ενώ δήλωσε πως θα ήθελε να ενημερώνεται σχετικά με την εξέλιξη της στάθμισης (Παράρτημα 3.2).

### **3.3. Τρόπος μετάφρασης**

Σε μια διαπολιτισμική μελέτη, ο τρόπος μετάφρασης του πρωτότυπου ερωτηματολογίου είναι πολύ σημαντικός ώστε το νέο εργαλείο που θα προκύψει να είναι αξιόπιστο, πολιτισμικά αποδεκτό και ισοδύναμο με το αρχικό. Η ένταξη ενός εργαλείου σε έναν διαφορετικό πολιτισμό, απαιτεί σημαντική προετοιμασία και κόπο από την ερευνητική ομάδα ώστε να επιτευχθεί η απαραίτητη ισοδυναμία. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε στην παρούσα μελέτη ήταν συγκεκριμένη καθώς υιοθετήθηκαν οι οδηγίες που περιγράφει η Αμερικανική Ακαδημία Ορθοπεδικών Χειρουργών (Beaton et al, 2000). Αναλυτικότερα, δύο ανεξάρτητοι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι Έλληνες που ζουν και εργάζονται στην Αγγλία και έχουν άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας, μετέφρασαν το PAQ-R στα ελληνικά (προς τα εμπρός μετάφραση – forward Translation). Κατόπιν επικοινωνίας των δύο αυτών μεταφραστών προέκυψε μια σύνθεση των μεταφράσεων (Σύνθεση 1/Synthesis 1) που αντιπροσωπεύει τις έννοιες του πρωτότυπου ερωτηματολογίου. Έπειτα, η σύνθεση αυτή μεταφράστηκε στην αγγλική γλώσσα (προς τα πίσω μετάφραση- Back Translation) από δύο άλλα ανεξάρτητα άτομα, τα οποία είναι δίγλωσσα και έχουν άριστη γνώση τόσο της ελληνικής όσο και της αγγλικής γλώσσας, με την τελευταία να είναι η μητρική τους. Η προς τα πίσω μετάφραση ήταν τυφλή, δηλαδή οι μεταφραστές δεν γνώριζαν ούτε είχαν διαβάσει ποτέ το αρχικό ερωτηματολόγιο. Οι νέες αυτές μεταφράσεις οδήγησαν σε μια νέα σύνθεση (Σύνθεση 2/Synthesis 2).

Η διαδικασία της μετάφρασης ελέγχθηκε σε όλες τις φάσεις της , από μια επιτροπή ειδικών εμπειρογνομόνων, που αποτελούταν από έναν ερευνητή, έναν μεταφραστή και δύο επαγγελματίες υγείας ώστε τα δύο εργαλεία (το πρωτότυπο και το σταθμισμένο), να έχουν σε μεγάλο βαθμό αντίστοιχες ψυχομετρικές ιδιότητες , ώστε να λογίζονται ως ισοδύναμα (σημασιολογική και εννοιολογική ταύτιση, γλωσσικοί ιδιωματισμοί), ελέγχοντας τις ίδιες παραμέτρους.

Το προτελικό ελληνικό κείμενο του PAQ-R που προέκυψε, δόθηκε σε είκοσι εθελοντές, οι οποίοι ήταν εθελοντές ασθενείς ή άτομα του γενικού πληθυσμού. Κάποιες ασάφειες που εντοπίστηκαν μέσω αυτής της διαδικασίας, προσαρμόστηκαν και εντάχθηκαν στο τελικό κείμενο, τροποποιώντας το κατάλληλα (Παράρτημα 3.3).

### **3.4. Συμμετέχοντες**

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στο Ναυτικό Νοσοκομείο Ασθενών (N.N.A) από τον Αύγουστο του 2020 έως τον Ιανουάριο του 2021. Το δείγμα της έρευνας, που προέκυψε έπειτα από την δειγματοληπτική τεχνική ευκολίας, αποτέλεσαν 100 ασθενείς (56 άνδρες, 44 γυναίκες) με χρόνια πόνο (διάρκεια  $\geq 3$  μηνών), ηλικίας από 18-85 ετών (Μ.Ο. =  $54 \pm 20,98$ ) οι οποίοι παρευρέθηκαν στο νοσοκομείο είτε ως εξωτερικοί ασθενείς που προσήλθαν στο φυσικοθεραπευτήριο του NNA είτε ως νοσηλευόμενοι. Οι συμμετέχοντες είχαν άριστη γνώση της ελληνικής γλώσσας και είχαν διαγνωστεί από τη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) με χρόνια πόνο (σπονδυλικός πόνος, ινομυαλγία, κεφαλαλγία, οστεοαρθρίτιδα, αρθρίτιδα ή άλλες καταστάσεις χρόνιου πόνου). Από τη μελέτη αποκλείστηκαν έγκυες γυναίκες, ασθενείς με καρκινικό πόνο, άτομα με βαριά ψυχολογική διαταραχή, καθώς και ασθενείς που παρουσίαζαν καταστάσεις “ red flags” όπως το οξύ τραύμα, ο έντονος πόνος, συμπτώματα συμπίεσης του νωτιαίου μυελού και οξεία φλεγμονώδη αρθρίτιδα. Για τη συμμετοχή των ασθενών στην έρευνα, ήταν απαραίτητη η ενυπόγραφη συγκατάθεση τους στο απαραίτητο έντυπο δήλωσης συγκατάθεσης και συμμετοχής (Παράρτημα 3.9). Το ερευνητικό πρωτόκολλο της

μεταπτυχιακής αυτής εργασίας έλαβε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο/Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών στις 18/06/2020. Η έγκριση ηθικής και δεοντολογίας της μελέτης κατέχει αριθμό πρωτοκόλλου 7/20 (Παράρτημα 3.10).

### **3.5. Εργαλεία αξιολόγησης**

#### **3.5.1. Ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία.**

Στους συμμετέχοντες δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για τον σκοπό της παρούσας μελέτης και αφορούσε σε διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Παράρτημα 3.4). Αναφερόταν στο φύλο, στην ηλικία, στο ύψος, στο σωματικό βάρος του ασθενή, στην οικογενειακή κατάσταση, στο εκπαιδευτικό επίπεδο, στην εργασιακή κατάσταση, στο είδος της πάθησης, στη χρονική διάρκεια του πόνου και στον τρόπο αντιμετώπισης.

#### **3.5.2. Έλληνική εκδοχή του Pain Attitudes Questionnaire (revised)- PAQ-R**

Στους ασθενείς δόθηκε η ελληνική εκδοχή του PAQ-R, που προέκυψε από την προτυποποιημένη διαδικασία για στάθμιση ερωτηματολογίων σε άλλη γλώσσα από την αρχική γλώσσα κατασκευής τους, που περιγράφεται από την Αμερικανική Ακαδημία Ορθοπεδικών Χειρουργών (Beaton et al, 2000), η οποία αναλύθηκε εκτενέστατα στο υποκεφάλαιο 3.3.

#### **3.5.3. Ελληνική έκδοση του Pain Locus of Control - PLC-GR**

Το ερωτηματολόγιο Pain Locus of Control (PLC-GR) (Main & Waddell, 1991), εξετάζει εάν οι ασθενείς καταφέρνουν να διαχειριστούν τον πόνο τους από μόνοι τους ή αν για τον αντιμετώπισουν, δέχονται τη βοήθεια άλλων στοιχείων όπως είναι η φαρμακευτική αγωγή ή

η ιατρική παρέμβαση. Περιέχει δύο υποκλίμακες. Η μια υποκλίμακα αφορά την ευθύνη για την επώδυνη κατάσταση (rain responsibility scale – PLC/PR), η οποία ελέγχει το βαθμό που ο νοσούντας πιστεύει ότι η θεραπεία του πόνου είναι ευθύνη του θεράποντα. Η δεύτερη υποκλίμακα σχετίζεται με τον έλεγχο του πόνου (rain control scale – PLC/PC) και καταγράφει τις πεποιθήσεις του ασθενή για το αν μπορεί ο ίδιος να διαμορφώσει το επώδυνο ερέθισμα. Για τον σκοπό της παρούσας μελέτης, δόθηκε προς συμπλήρωση στους ασθενείς μόνο η υποκλίμακα ελέγχου, η οποία λαμβάνει τιμές από το ένα έως το τριάντα. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή, τόσο αυξημένες και οι ικανότητες του ατόμου να ελέγξει τον πόνο του. Η ελληνική έκδοση (Παράστημα 3.5) εμφανίζει αντίστοιχους δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας με την πρωτότυπη (Γεωργούδης & Κατσουλάκης, 2005).

#### **3.5.4. Ελληνική έκδοση του Coping Strategies Questionnaire - CSQ**

Το CSQ είναι το πιο διαδεδομένο εργαλείο αξιολόγησης στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου (Rosentiel & Keefe 1983). Περιέχει 50 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τις γνωσιακές και τις συμπεριφορικές στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να διαχειριστούν τον πόνο. Οι ερωτήσεις μπορούν να λάβουν τιμές από το 0(ποτέ) έως το 6(πάντα). Οι μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν σε μεγαλύτερο βαθμό δραστηριοποίησης του ασθενή. Το CSQ διαθέτει 8 υποκλίμακες, από τις οποίες οι 6 σχετίζονται με τις γνωστικές στρατηγικές και οι υπόλοιπες 2, εξετάζουν τις συμπεριφορικές στρατηγικές του ατόμου. Αναλυτικότερα οι υποκλίμακες είναι η “Απόσπαση Προσοχής” (Distraction), “Επαναπροσδιορισμός της Αίσθησης του Πόνου” (Reinterpreting Pain-Sensations), “Αδιαφορία για τις Αισθήσεις του Πόνου” (Ignoring pain sensations), “Αυτοέλεγχος” (Coping self-statements), “Καταστροφολογία” (Catastrophising), “Αύξηση της Δραστηριότητας” (Increasing Activity), “το να Προσεύχεσαι” (Praying), το να Ελπίζεις” (Hoping). Ενώ τέλος περιέχονται και 2 ανεξάρτητες ερωτήσεις που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα ελέγχου του πόνου του ασθενή και την ικανότητα μείωσης του. Για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης, δόθηκαν προς συμπλήρωση στους ασθενείς μόνο οι υποκλίμακες “Αδιαφορία για τις Αισθήσεις του

Πόνου” (Ignoring pain sensations – CSQ/IPS), “Αυτοέλεγχος” (Coping self-statements – CSQ/CSS), “Επαναπροσδιορισμός της Αίσθησης του Πόνου” (Reinterpreting Pain-Sensations – CSQ/RPS) της ελληνικής εκδοχής του CSQ (Παράρτημα 3.6) (Γεωργούδης κ.ά, 2005). Τέλος, συμπεριλήφθηκαν και οι ερωτήσεις απόσπασης, που στόχο έχουν να αποσπάσουν την προσοχή του ασθενή από τον πραγματικό σκοπό του ερωτηματολογίου, καθώς και οι δύο ανεξάρτητες ερωτήσεις ελέγχου πόνου της κλίμακας (CSQ/ Ερωτήσεις Ελέγχου Πόνου – CSQ/ΕΕΠ).

### **3.5.5. Ελληνική έκδοση της Pain-Related Control Scales - PRCS**

Η κλίμακα PRCS αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης γενικών στάσεων απέναντι στον πόνο, που εξετάζει τα υποκείμενα γνωστικά σχήματα των ασθενών με πόνο. Περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν το βαθμό τον οποίο ο ασθενής μπορεί να προβλέψει τον πόνο του καθώς και την ικανότητα τους να ελέγξουν τον πόνο τους (Flor et al., 1993). Διαθέτει 2 υποκλίμακες. Η πρώτη περιέχει τις 7 από τις 15 ερωτήσεις, και εξετάζει το βαθμό που νιώθουν αβοήθητοι οι ασθενείς (helplessness Beliefs). Η δεύτερη περιέχει τις υπόλοιπες 8 ερωτήσεις ενώ και αξιολογεί την ευρηματικότητα των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση του πόνου τους (Resourcefulness Beliefs). Οι ερωτήσεις μπορούν να λάβουν τιμές από το 0 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 5 (συμφωνώ απόλυτα) και το ερωτηματολόγιο μπορεί να λάβει μέγιστη τιμή το 5. Στη παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση (Παράρτημα 3.7), η PRCS–GR (Γεωργούδης κ.ά., 2004).

### **3.5.6. Ερωτήσεις ελέγχου**

Για τον σκοπό της παρούσας μελέτης κατασκευάστηκαν δύο ερωτήσεις ελέγχου (2 ΕΕ), που στόχο έχουν να αξιολογήσουν την αυτοαμφιβολία του ασθενή σχετικά με τον πόνο του.

Δηλαδή, την εμπιστοσύνη που νιώθει το άτομο να κρίνει μια κατάσταση ως επώδυνη. Οι δύο αυτές ερωτήσεις επίσης εξετάζουν την αυτοπεποίθηση του νοσούντα για τη λήψη της απόφασης σχετικά με τον πόνο. Οι ερωτήσεις αυτές είναι η “ Τείνω να μην εμπιστεύομαι τον εαυτό μου για το αν πονάω ή όχι” και η “ Είναι δύσκολο να αποφασίσω αν πονάω ή όχι” (Παράρτημα 3.8). Οι δύο αυτές δηλώσεις μπορούν να βαθμολογηθούν από το 1 έως το 10. Το 1 σημαίνει ότι αυτή η κατάσταση, δεν ισχύει ποτέ, το 5 ότι ισχύει κάποιες φορές, ενώ το 10 σημαίνει ότι η παρακάτω δήλωση ισχύει συνεχώς. Το μέγιστο σκορ και των δύο ερωτήσεων συνολικά είναι το 10. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δυο ερωτήσεις ελέγχου είναι έγκυρες και αξιόπιστες αφού ο έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας μέσω του συντελεστή Cronbach’s alpha, έδειξε  $\alpha = 0,769$ , ο έλεγχος αξιοπιστίας επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, παρουσίασε συντελεστή συσχέτισης  $r_s = 0,989$  ενώ το I-CVI βρέθηκε 0,90 και για τις δύο προτάσεις και επομένως το S-CVI/Ave υπολογίστηκε στο 0,9.

Οι ερωτήσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν ως μεμονωμένες σύντομες ερωτήσεις διαλογής που εξετάζουν ψυχοκοινωνικές δομές που σχετίζονται με τον πόνο σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Η συντομία και η τυποποίηση τους, ήταν σημαντικές έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν από όλους τους ασθενείς στο κλινικό πλαίσιο της καθημερινής φροντίδας. Επομένως, για να μειωθεί το φορτίο των ερωτηθέντων, επιλέχθηκε ο μικρότερος αριθμός ερωτήσεων ελέγχου και τέθηκε αυθαίρετα η βαθμολόγηση τους σε κλίμακα 1 έως 10, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να είναι χειρότερες. Οι σύντομες ερωτήσεις διαλογής ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με τον πόνο, παρουσιάζουν συνυπάρχουσα εγκυρότητα (concurrent validity), με ερωτηματολόγια που αξιολογούν τον ίδιο ακριβώς παράγοντα. Επιβεβαιώνεται δηλαδή ότι οι σύντομες ερωτήσεις ελέγχου εμφανίζουν βαθμό συσχέτισης με ένα ήδη υπάρχον ερωτηματολόγιο (Kent et al, 2014).

### 3.6. Διαδικασία μέτρησης

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν τα παραπάνω ερωτηματολόγια έπειτα από την ενυπόγραφη συγκατάθεση τους για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Για τις ανάγκες της έρευνας, όλα τα ερωτηματολόγια δόθηκαν και συμπληρώθηκαν είτε σε έντυπη είτε σε

ηλεκτρονική μορφή (μέσω της εφαρμογής google forms) δύο φορές από τους συμμετέχοντες σε διάστημα δεκαπέντε ημερών. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν με τυχαία σειρά. Όσοι ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σε έντυπη μορφή, το έκαναν παρουσία της κύριας ερευνήτριας στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών. Ωστόσο, 12 ασθενείς από το συνολικό δείγμα, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σε διάστημα μόλις τριών ημερών διότι οι εν λόγω ασθενείς, θα λάμβαναν εξιτήριο από το νοσοκομείο και συνεπώς θα ήταν δύσκολη η μετέπειτα δια ζώσης επικοινωνία, κυρίως λόγω των μέτρων και των περιορισμών για την καταπολέμηση της διασποράς της πανδημίας. Λόγω έλλειψης εξοικείωσης, οι 12 αυτοί ασθενείς δεν επανέλαβαν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ηλεκτρονικά.

### 3.7. Στατιστική Ανάλυση

Για τον έλεγχο των μετρήσεων και την ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων, όλα τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν ώστε να τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και να υπάρξει πλήρης διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων και έπειτα μεταφέρθηκαν στη βάση δεδομένων. Ύστερα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος καταχώρησης των στοιχείων για να διορθωθούν πιθανά λάθη κατά την εισαγωγή των δεδομένων. Για τη στατιστική ανάλυση των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 25.0.

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Η δομική εγκυρότητα του PAQ-R ελέγχθηκε μέσω του ελέγχου της συγκλίνουσας εγκυρότητας, της μεθόδου των γνωστών ομάδων μέσω του Mann-Whitney U ( 2 independent samples) ενώ πραγματοποιήθηκε και διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Η εγκυρότητα περιεχομένου του PAQ-R αξιολογήθηκε μέσω του Δείκτη Εγκυρότητας Περιεχομένου (CVI), για κάθε πρόταση (I-CVI) καθώς και για κάθε κλίμακα (S-CVI). Για την εγκυρότητα κριτηρίου του PAQ-R, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της συντρέχουσας εγκυρότητας μέσω του συντελεστή συσχέτισης  $r$  (correlation coefficient). Η αξιοπιστία των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων μεταξύ της πρώτης συμπλήρωσης του PAQ-R και της επανασυμπλήρωσης του ελέγχθηκε μέσω του συντελεστή συσχέτισης  $r$

(correlation coefficient), που καλείται δείκτης διατακτικής συσχέτισης (Interclass Correlation Coefficient-ICC). Η αξιοπιστία της εσωτερικής συνέπειας του PAQ-R αξιολογήθηκε σε επίπεδο κλίμακας άλλα και σε επίπεδο του οργάνου μέτρησης συνολικά μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha ενώ έγινε έλεγχος αξιοπιστίας των ημικλαστών αφού τα 24 ερωτήματα του PAQ-R χωρίστηκαν σε μονές και σε ζυγές ερωτήσεις. Τέλος, ορίσθηκαν ως επίπεδα σημαντικότητας το  $\alpha = 0,05$  και  $\alpha = 0,01$ , τα οποία αντιστοιχούν σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% και 99% αντίστοιχα.



## IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

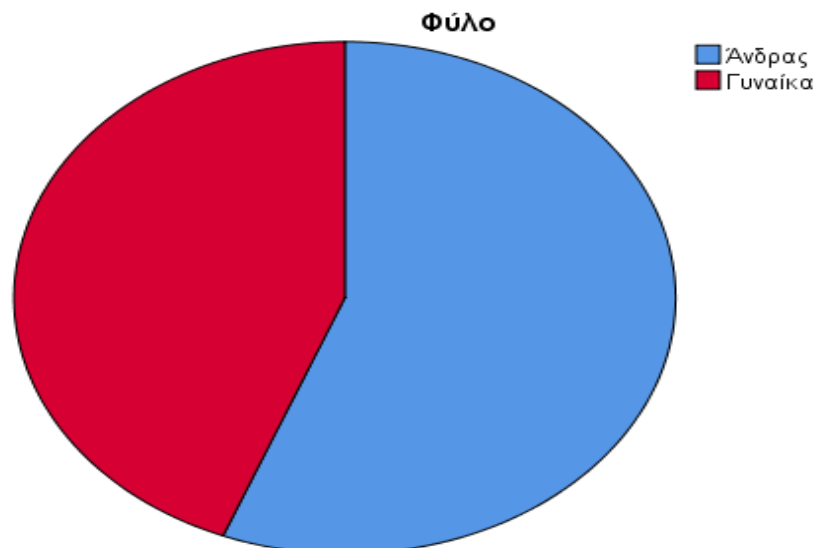
### 4.1. Περιγραφική ανάλυση των δεδομένων

Το συνολικό δείγμα των 100 ασθενών με χρόνια πόνο, ανέδειξε τις παρακάτω μετρήσεις :  
α) PAQ-R = 13,52 ( $\pm$  5,7) , β) PAQ-R/ SR = 3,52 ( $\pm$  1,4), γ) PAQ-R/SS = 3,50 ( $\pm$  1,4), δ) PAQ-R/CS = 3,24 ( $\pm$  1,5), ε) PAQ/R/ CR = 3,24 ( $\pm$  1,4), ζ) PRCS = 2,67 ( $\pm$  0,29), η) CSQ/IPS = 3,74 ( $\pm$  2,2), θ) CSQ/CSS = 4,09 ( $\pm$  1,9), ι) CSQ/RPS = 3,39 ( $\pm$  2,4), κ) CSQ/ΕΕΠ = 3,81 ( $\pm$  2,2), λ) PLC/PC = 18,63 ( $\pm$  9,9) ,μ) 2ΕΕ = 6,54 ( $\pm$  6,0).

#### 4.1.1. Περιγραφική ανάλυση δημογραφικών

- Φύλο

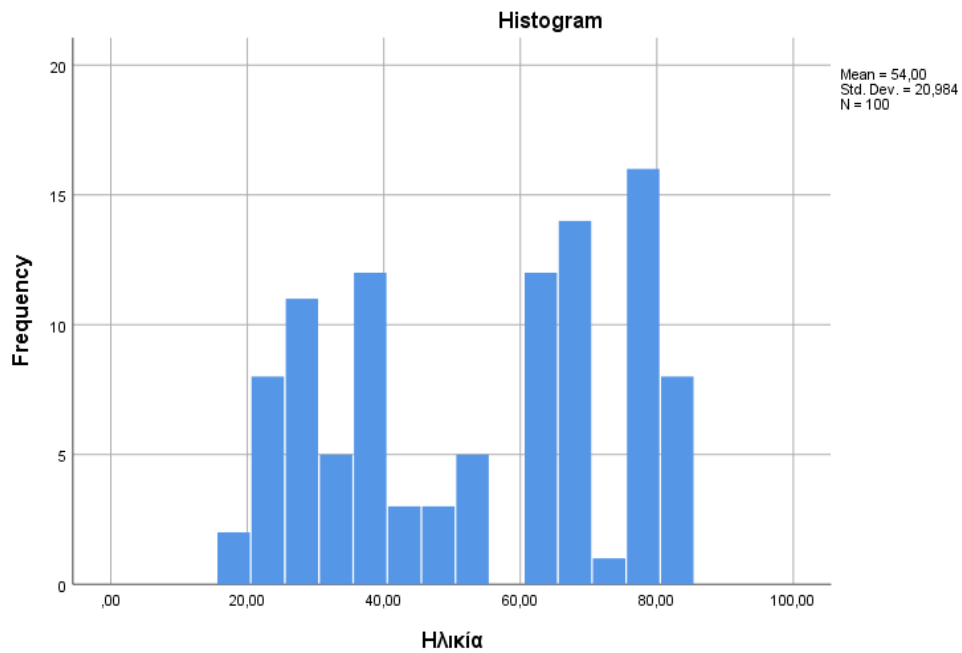
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 100 ασθενείς, 56 άνδρες (56%) και 44 γυναίκες (44%).



**Γράφημα 4.1.1α.** Απεικόνιση ποσοστού φύλου συμμετεχόντων.

- Ηλικία

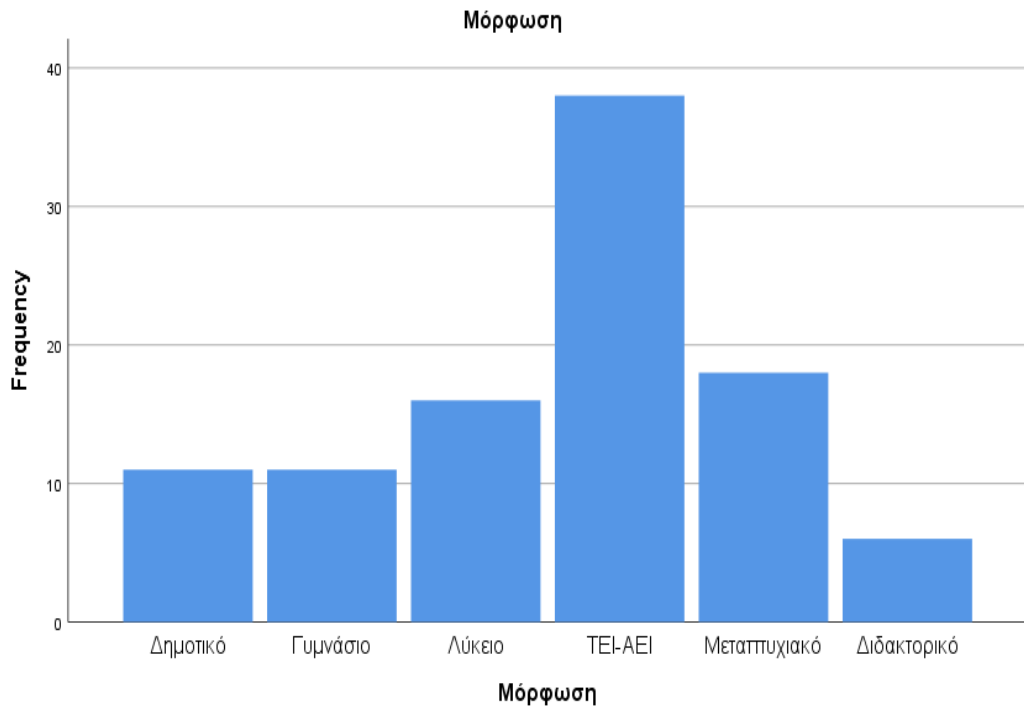
Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν από 18 έως 85 χρονών.



**Γράφημα 4.1.1β.** Απεικόνιση συχνότητων ηλικίας συμμετεχόντων.

ο Μορφωτικό επίπεδο

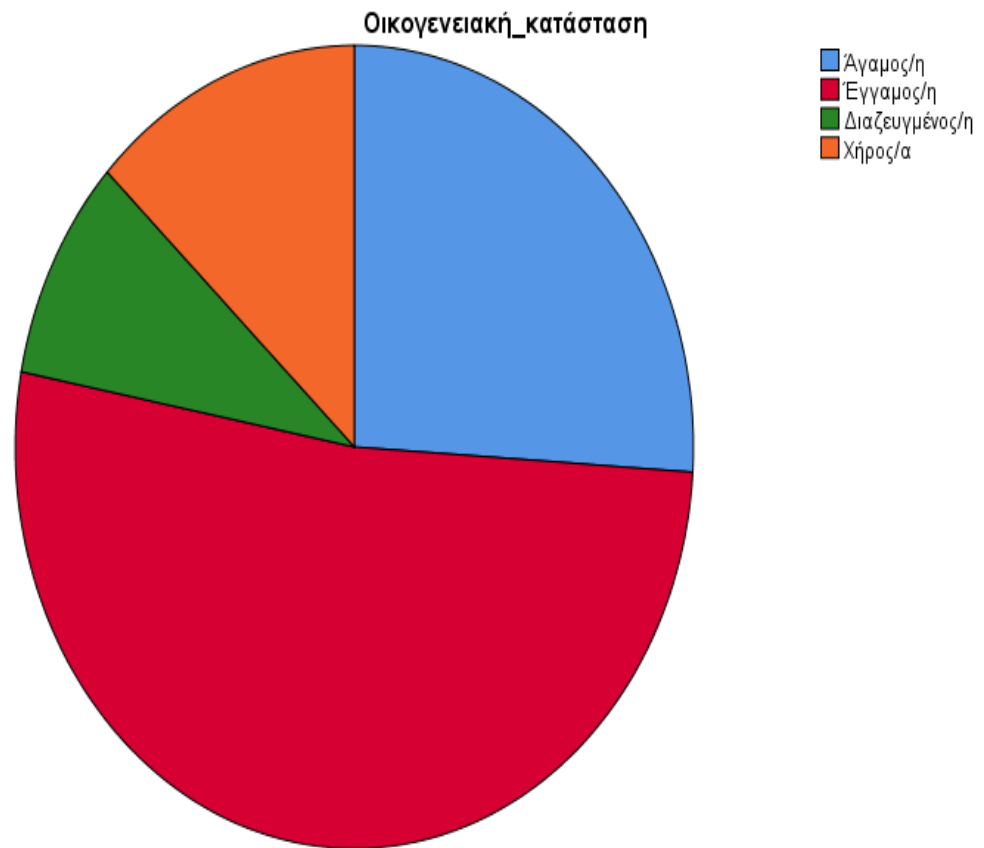
Από τους 100 ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα, 11 ήταν απόφοιτοι δημοτικού (11%), 11 ήταν απόφοιτοι γυμνασίου (11%), 16 ήταν απόφοιτοι λυκείου (16%), 38 κατείχαν πτυχίο ΤΕΙ/ΑΕΙ (38%), 18 είχαν ολοκληρώσει τις μεταπτυχιακές τους σπουδές (18%), ενώ τέλος 6 από αυτούς κατείχαν διδακτορικό τίτλο (6%).



**Γράφημα 4.1.1γ.** Απεικόνιση συχνοτήτων μορφωτικού επιπέδου συμμετεχόντων.

- Οικογενειακή κατάσταση

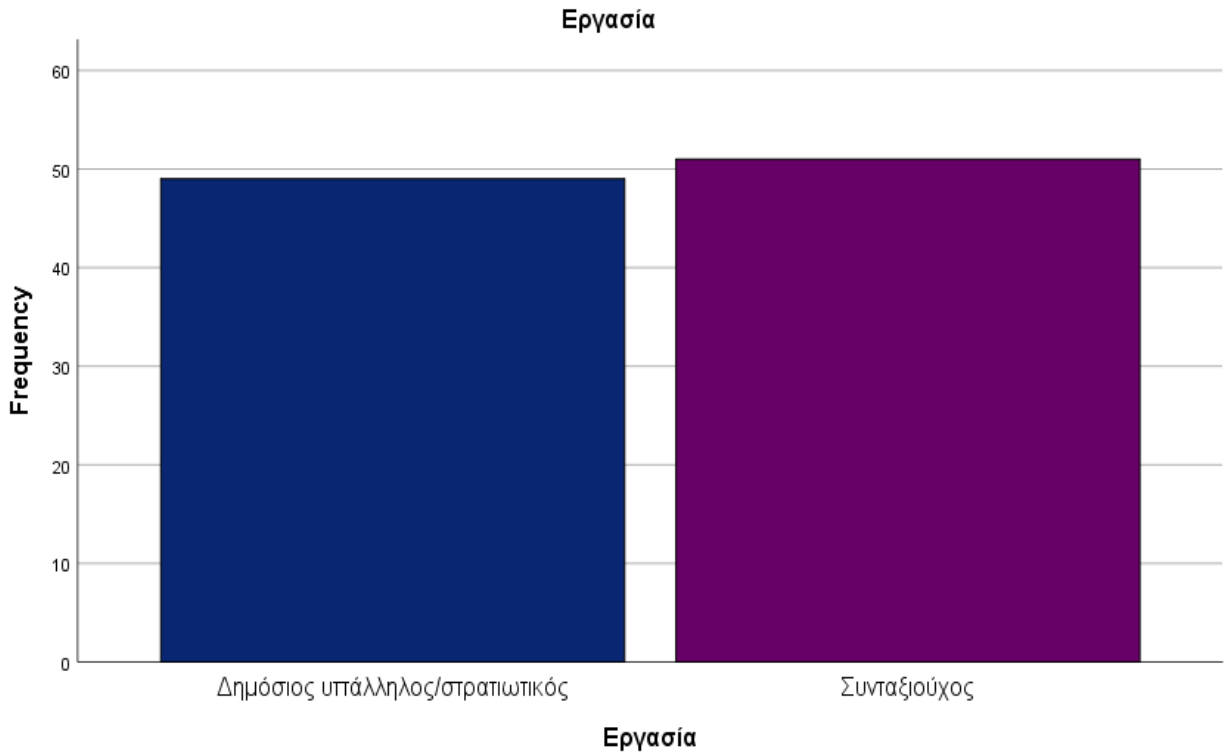
Το 26% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι, το 52% έγγαμοι, το 9% ήταν διαζευγμένοι ενώ το 13% ήταν χήρος/α.



**Γράφημα 4.1.1δ.** Απεικόνιση ποσοστού οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.

○ Εργασιακή κατάσταση

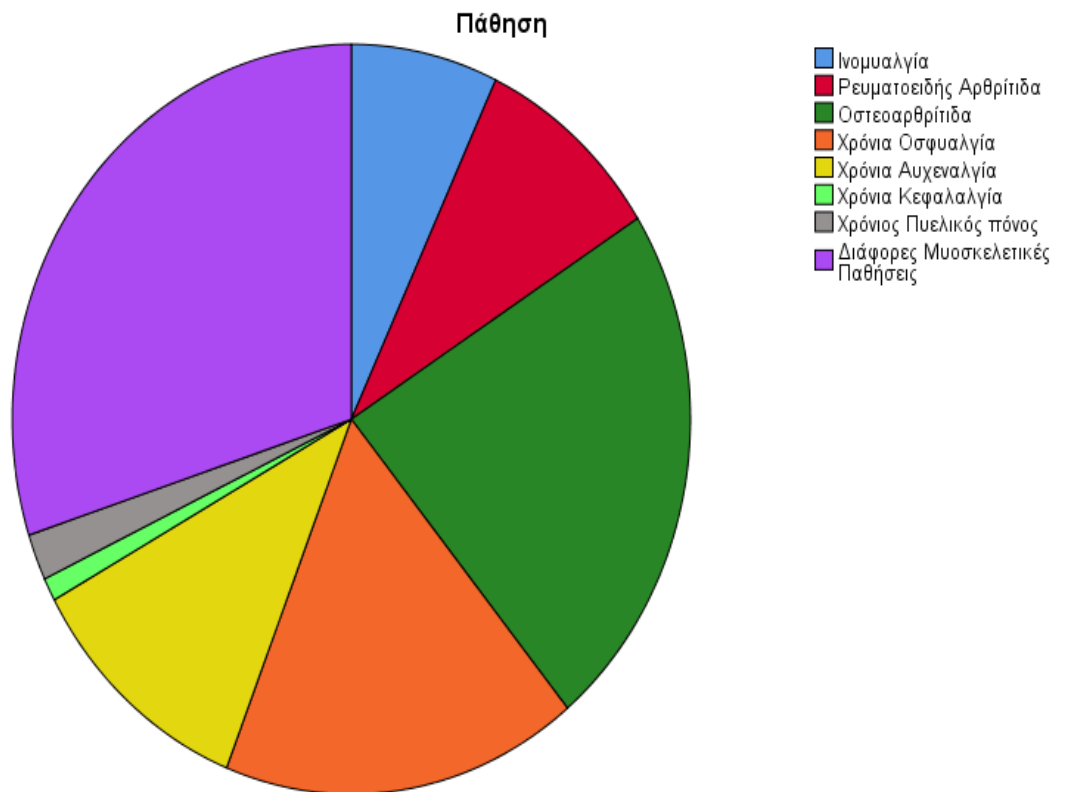
Το 49% των συμμετεχόντων ήταν στρατιωτικοί δημόσιοι υπάλληλοι ενώ το 51% ήταν συνταξιούχοι.



**Γράφημα 4.1.1ε.** Απεικόνιση ποσοστού εργασιακής κατάστασης συμμετεχόντων.

ο Πάθηση

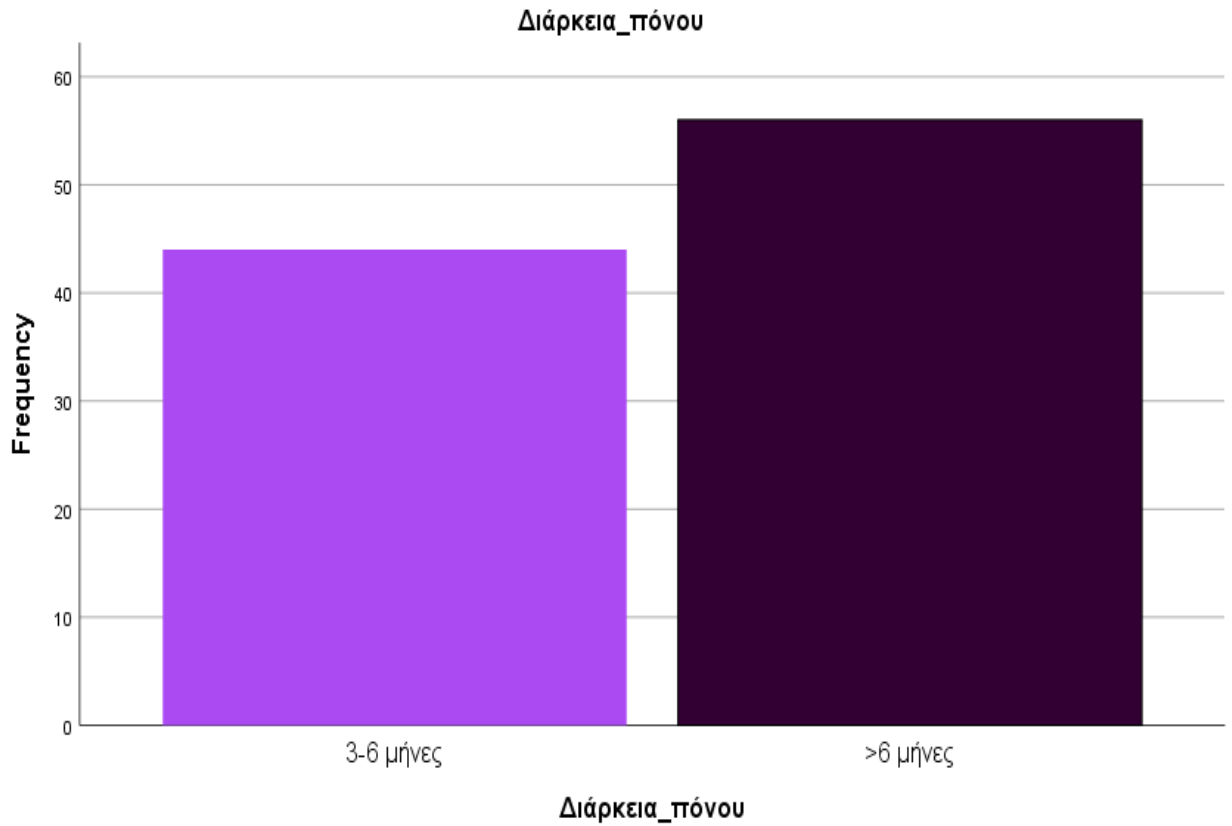
Από τους 100 ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα, 7 έπασχαν από ινομυαλγία (7%), 9 από ρευματοειδή αρθρίτιδα (9%), 23 από οστεοαρθρίτιδα (23%), 17 είχαν χρόνια οσφυαλγία (17%) και 11 χρόνια αυχεναλγία (11%), 30 αντιμετώπιζαν διάφορες μυοσκελετικές παθήσεις (30%) ενώ τέλος 1 άτομο αντιμετώπιζε χρόνια κεφαλαλγία (1%) και 2 άτομα αντιμετώπιζαν χρόνια πυελικό πόνο (2%).



**Γράφημα 4.1.1ζ.** Απεικόνιση ποσοστού διαγνωσμένης πάθησης συμμετεχόντων.

○ Διάρκεια πόνου

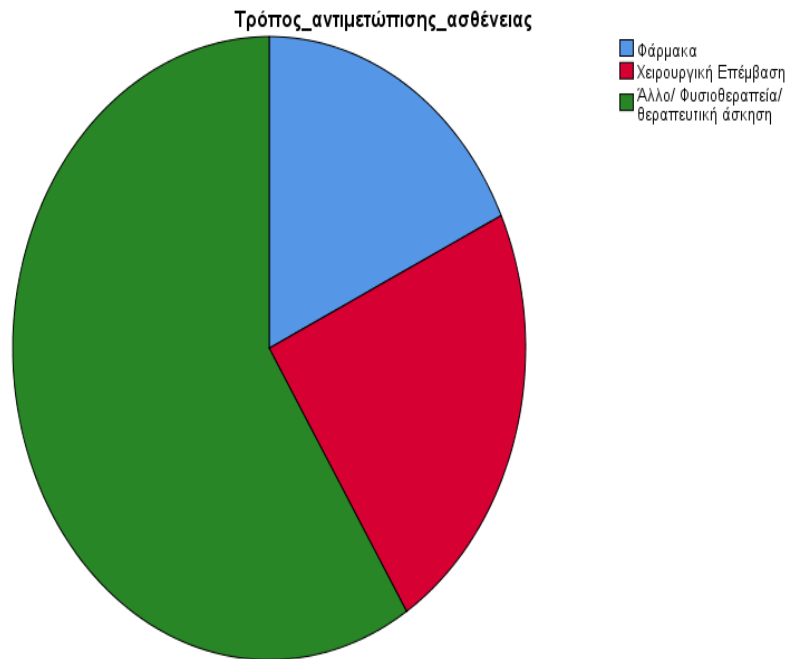
Οι 44 (44%) ασθενείς βίωναν τον πόνο 3-6 μήνες ενώ οι υπόλοιποι 56 (56%) ήταν αντιμέτωποι με τον χρόνια πόνο περισσότερο από 6 μήνες.



**Γράφημα 4.1.1η.** Απεικόνιση ποσοστού διάρκειας επώδυνης κατάστασης των συμμετεχόντων.

- Τρόπος αντιμετώπισης ασθένειας

18 ασθενείς (18%) αντιμετώπιζαν την επώδυνη κατάσταση μέσω φαρμακευτικής αγωγής, 23 (23%) είχαν προβεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση ενώ 59 ασθενείς (59%) αντιμετώπιζαν τον χρόνιο πόνο μέσω φυσικοθεραπευτικών πράξεων ή της θεραπευτικής άσκησης.



**Γράφημα 4.1.1θ.** Απεικόνιση ποσοστού του τρόπου αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου των συμμετεχόντων.

#### 4.2. Εγκυρότητα Περιεχομένου

Η εγκυρότητα περιεχομένου του PAQ-R αξιολογήθηκε μέσω του Δείκτη Εγκυρότητας Περιεχομένου (CVI), για κάθε πρόταση (I-CVI) καθώς και για κάθε κλίμακα (S-CVI). Το ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε από 10 Έλληνες φυσιοθεραπευτές που ζουν και εργάζονται σε κλινικές χρόνιου πόνου στο Ηνωμένο Βασίλειο και είναι μέλη του βρετανικού συλλόγου φυσιοθεραπευτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλα τα ερωτήματα του εργαλείου ήταν σχετικά με την αξιολόγηση των στάσεων και των πεποιθήσεων της στωικότητας και της επιφυλακτικότητας, αφού οι τιμές των I-CVI ήταν από 0,90 – 1,0, δηλαδή μεγαλύτερες του 0,79. Παράλληλα οι τιμές S-CVI/Ave ήταν 0,960 ( υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου αφού λαμβάνει τιμή  $\geq 0,90$  ) και S-CVI/UA 0,67 ( μέτρια εγκυρότητα περιεχομένου αφού η τιμή είναι  $< 0,8$  ) αντίστοιχα (Πίνακας 4.2).

**Πίνακας 4.2.** Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) μέσω του υπολογισμού του δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου (CVI). Η βαθμολογία των 24 προτάσεων του ερωτηματολογίου PAQ-R από 10 εμπειρογνώμονες (φυσικοθεραπευτές-φ/θ) ως προς τη συνάφεια τους με την αξιολόγηση της στωικότητας και της επιφυλακτικότητας, ως στάσεις/πεποιθήσεις χρόνιου πόνου.



«ΈΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΠΟΝΟΥ  
PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE (REVISED)-(PAQ-R) ΣΕ ΈΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ»

Ερώτηση	Φ/Θ1	Φ/Θ2	Φ/Θ3	Φ/Θ4	Φ/Θ5	Φ/Θ6	Φ/Θ7	Φ/Θ8	Φ/Θ9	Φ/Θ10	βαθμολογία με 3 ή 4	I-CVI
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1,00
2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	10	1,00
3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	2	9	0,90
4	3	3	4	4	4	2	3	4	4	4	9	0,90
5	4	3	4	4	4	1	2	4	4	4	8	0,80
6	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	10	1,00
7	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	10	1,00
8	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	10	1,00
9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	10	1,00
10	3	2	4	4	4	4	3	4	3	4	9	0,90
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1,00
12	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	10	1,00
13	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	10	1,00
14	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	10	1,00
15	4	3	4	3	4	4	3	4	4	2	9	0,90
16	3	4	4	4	3	4	2	3	4	4	9	0,90
17	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	10	1,00
18	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	10	1,00
19	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	9	0,90
20	2	4	4	4	3	4	4	3	4	3	10	1,00
21	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	10	1,00
22	4	3	4	3	4	3	2	3	3	4	9	0,90
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	1,00
24	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	10	1,00
											SCVI/Ave=	0,96
											S-CVI/UA=	0,67

4βάθμια κλίμακα: 1 (καθόλου σχετική), 2 (λίγο σχετική), 3 (αρκετά σχετική), 4 (πολύ σχετική)

### 4.3. Δομική Εγκυρότητα

#### 4.3.1. Συγκλίνουσα Εγκυρότητα

Αναλυτικότερα, για τη συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) της PAQ-R/SS (στωική ανωτερότητα), πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης του σκορ της υποκλίμακας και του σκορ της PLC/PC, της PRCS, της CSQ/CSS και CSQ/ΕΕΠ. Αντιστοίχως, έγινε συσχετισμός των σκορ της υποκλίμακας PAQ-R/SR με της CSQ-IPS, της PAQ-R/CS με των 2ΕΕ και της PAQ-R/CR με της CSQ/RPS. Αναζητήθηκε δηλαδή θετική μέσω του συντελεστή συσχέτισης r (correlation coefficient).

Παρομοίως, για τη συγκλίνουσα εγκυρότητα της PAQ-R/SR (στωική εχεμύθεια), πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης με την CSQ/IPS. Η υποκλίμακα PAQ-R/CS (προσεκτική

αυτοαμφιβολία) συσχετίστηκε με τις 2ΕΕ ενώ τέλος η PAQ-R/CR (προσεκτική απροθυμία) συσχετίστηκε με την CSQ/RPS.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων και επειδή τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, έγινε έλεγχος συσχέτισης μέσω του συντελεστή συσχέτισης Spearman ( $r_s$ ).

Ο έλεγχος συσχέτισης έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα: μεταξύ PAQ-R/SS και PLC/PC προέκυψε  $r_s = 0,770$  (πίνακας 4.3.1), PAQ-R/SS και PRCS προέκυψε  $r_s = 0,518$  (πίνακας 4.3.2), PAQ-R/SS και CSQ/CSS προέκυψε  $r_s = 0,724$  (πίνακας 4.3.3), PAQ-R/SS και CSQ/ΕΕΠ προέκυψε  $r_s = 0,812$  (πίνακας 4.3.4).

**Πίνακας 4.3.1.** Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και PLC/PC.

#### Correlations

		score_στωική_α νωτερότητα		score_PLC
Spearman's rho	score_στωική_ανωτερότητα	Correlation Coefficient	1,000	,770**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	100	100
	score_PLC	Correlation Coefficient	,770**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Πίνακας 4.3.2.** Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και PRCS.

#### Correlations

		score_στωική_α νωτερότητα		score_PRCS
Spearman's rho	score_στωική_ανωτερότητα	Correlation Coefficient	1,000	,518**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	100	100
	score_PRCS	Correlation Coefficient	,518**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Πίνακας 4.3.3.** Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και CSQ/CSS.

**Correlations**

			score_στωική_α νωτερότητα	score_CSQ_αυτ οέλεγχος
Spearman's rho	score_στωική_ανωτερότητα	Correlation Coefficient	1,000	,724**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	100	100
	score_CSQ_αυτοέλεγχος	Correlation Coefficient	,724**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Πίνακας 4.3.4.** Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και CSQ/ΕΕΠ.

**Correlations**

			score_στωική_α νωτερότητα	score_csq_ΕΕΠ
Spearman's rho	score_στωική_ανωτερότητα	Correlation Coefficient	1,000	,812**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	100	100
	score_csq_ΕΕΠ	Correlation Coefficient	,812**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Έπειτα, ο έλεγχος συσχέτισης των σκορ της PAQ-R/SR με την CSQ/IPS έδωσε αποτέλεσμα  $r_s=0,839$  (πίνακας 4.3.5), της PAQ-R/CS με τις 2ΕΕ, έδωσε αποτέλεσμα  $r_s=0,814$  (πίνακας 4.3.6), και τέλος μεταξύ της PAQ-R/CR και της CSQ/RPS, ο συντελεστής συσχέτισης βρέθηκε  $r_s=0,765$  (πίνακας 4.3.7).

**Πίνακας 4.3.5.** Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/SS και CSQ/IPS..

			score_στωική_ε χεμύθεια	score_csq_αδια φ_για_αισθη_πό νου
Spearman's rho	score_στωική_ε χεμύθεια	Correlation Coefficient	1,000	,839**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	100	100
	score_csq_αδιαφ_για_αισθη _πόνου	Correlation Coefficient	,839**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Πίνακας 4.3.6.** Συγκλίνουσα εγκυρότητα. Συσχετισμός των σκορ της PAQ-R/CS και 2EE..

			score_προσεκτι κή_αυτοαμφιβολ ία	score_ερωτήσι ς_ελέγχου
Spearman's rho	score_προσεκτική_αυτοαμφι βολία	Correlation Coefficient	1,000	,814**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	100	100
	score_ερωτήσεις_ελέγχου	Correlation Coefficient	,814**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### 4.3.2. Μέθοδος των γνωστών ομάδων

Η μέθοδος των γνωστών ομάδων (known groups method), πραγματοποιήθηκε μέσω του Mann-Whitney U ( 2 independent samples), διότι τα δείγματα δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή. Ο Mann-Whitney U είναι ένας μη παραμετρικός έλεγχος της ισότητας των δύο

μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων, τα οποία δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Οι 100 ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες ανάλογα με την ηλικία και αναζητήθηκε η διαφορά των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου PAQ-R ανάμεσα στους ασθενείς μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 18-55 ετών και της ομάδας 56-85 ετών. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα (πίνακας 4.3.7), αποδεικνύεται ότι απορρίπτεται η υπόθεση ισότητας, δηλαδή η μηδενική υπόθεση ( $H_0 : \mu_1 = \mu_2$ ) σε επίπεδο 5% ( $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ ), άρα ισχύει η υπόθεση διαφοράς των μέσων τιμών, δηλαδή η εναλλακτική υπόθεση ( $H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$ ).

**Πίνακας 4.3.7.** Αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney U.

<b>Test Statistics<sup>a</sup></b>	
	Score_paqr
Mann-Whitney U	295,000
Wilcoxon W	1520,000
Z	-6,584
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: Τάξη ηλικίας

### 4.3.3. Παραγοντική ανάλυση

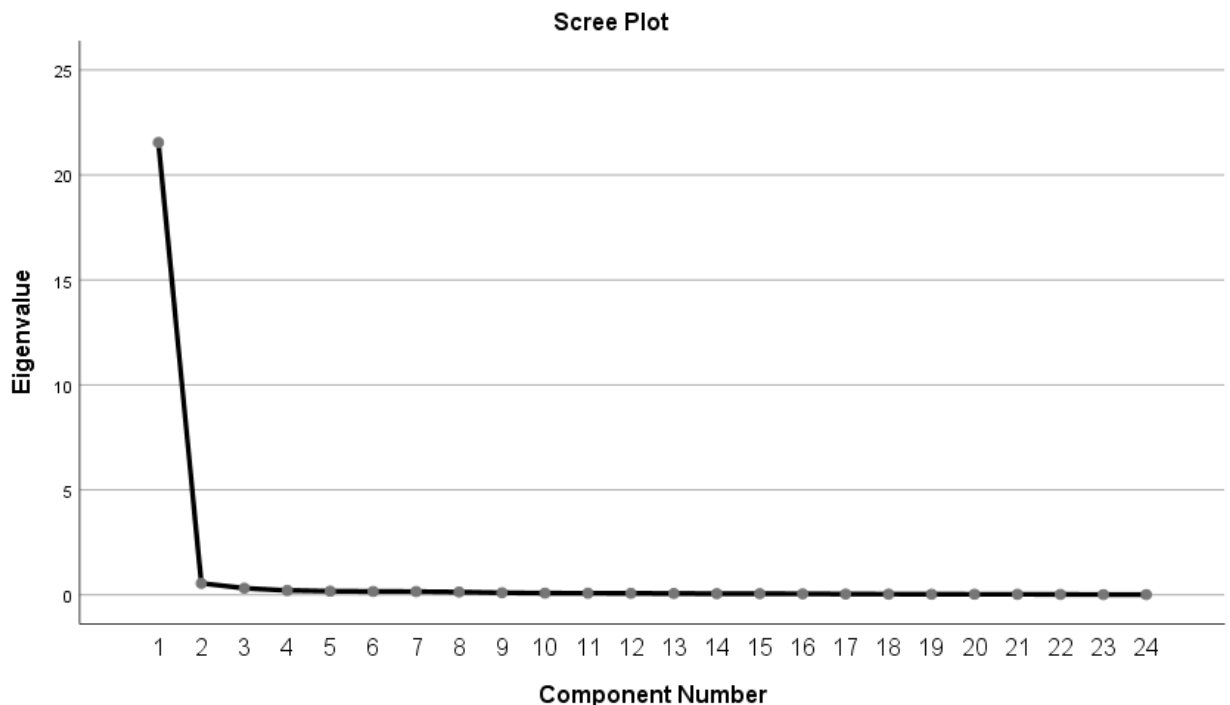
Πραγματοποιήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Για τη μέθοδο των κύριων συνιστωσών (Principal Component Analysis-PCA) έγινε έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett's και αξιολογήθηκε το κριτήριο KMO που έδειξαν τιμές 5351,39, df 276,  $p < 0,05$  (πίνακας 4.3.8). Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν επάρκεια δείγματος (τιμή κοντά στο 1) ενώ ο έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett's αποτυπώνει υψηλά σχετιζόμενα κριτήρια.

Πίνακας 4.3.8. Έλεγχος ΚΜΟ.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,958
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	5351,395
	Df	276
	Sig.	,000

Η PCA υποστήριξε την ύπαρξη ενός (1) παράγοντα που ερμηνεύει το 90% της συνολικής διακύμανσης, αφού διατηρήθηκε ο μοναδικός παράγοντας που παρουσίασε ιδιοτιμή (Eigen value) μεγαλύτερη από το 1.

Η απότομη κάθοδος του γραφήματος scree plot, αποτυπώνει την ύπαρξη ενός μόνο παράγοντα.



Γράφημα 4.3. Απότομη μεταβολή κλίσης scree plot.

#### **4.4. Εγκυρότητα κριτηρίου του PAQ-R.**

##### **4.4.1. Συγχρονική εγκυρότητα**

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας κριτηρίου του ερωτηματολογίου PAQ-R, συσχετίστηκε κάθε υποκλίμακα του PAQ-R ξεχωριστά με ένα άλλο ήδη σταθμισμένο στα ελληνικά εργαλείο που μετράει την ίδια έννοια. Έτσι, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης του σκορ της υποκλίμακας PAQ-R/SS (στωική ανωτερότητα), με το σκορ της PLC/PC, της PRCS, της CSQ/CSS και CSQ/ΕΕΠ. Αντιστοίχως, έγινε συσχετισμός των σκορ της υποκλίμακας PAQ-R/SR με της CSQ-IPS, της PAQ-R/CS με των 2ΕΕ και της PAQ-R/CR με της CSQ/RPS. Ο έλεγχος συσχέτισης έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα: μεταξύ PAQ-R/SS και PLC/PC προέκυψε  $r_s = 0,770$ , PAQ-R/SS και PRCS προέκυψε  $r_s = 0,518$ , PAQ-R/SS και CSQ/CSS προέκυψε  $r_s = 0,724$ , PAQ-R/SS και CSQ/ΕΕΠ προέκυψε  $r_s = 0,812$ .

Έπειτα, ο έλεγχος συσχέτισης των σκορ της PAQ-R/SR με την CSQ/IPS έδωσε αποτέλεσμα  $r_s = 0,839$ . Ομοίως, ο έλεγχος συσχέτισης των σκορ της PAQ-R/CS με τις 2ΕΕ, έδωσε αποτέλεσμα  $r_s = 0,814$ . Τέλος, μεταξύ PAQ-R/CR και CSQ/RPS, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν  $r_s = 0,765$ .

#### **4.5. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του PAQ-R**

Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) για την υποκλίμακα PAQ-R/SS ήταν  $\alpha = 0,979$ , για την υποκλίμακα PAQ-R/SR βρέθηκε  $\alpha = 0,988$ , για την υποκλίμακα PAQ-R/CS  $\alpha = 0,987$  και για την υποκλίμακα PAQ-R/CR  $\alpha = 0,975$ . Για τα 24 ερωτήματα της ελληνικής έκδοσης του PAQ-R, δηλαδή για το σύνολο του ερωτηματολογίου, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) βρέθηκε  $\alpha = 0,995$  (πίνακας 4.5).

**Πίνακας 4.5.** Δείκτης εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha) για τα 24 ερωτήματα του PAQ-R.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,995	,995	24

#### 4.6. Αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων

Ο έλεγχος των επαναληπτικών μετρήσεων έδωσε αποτέλεσμα συντελεστή συσχέτισης  $r$  (correlation coefficient),  $r_s = 0,990$  (πίνακας 4.6) για το σύνολο των 24 ερωτημάτων του PAQ-R.

**Πίνακας 4.6.** Έλεγχος επαναληπτικών μετρήσεων του PAQ-R.

		Correlations	
		score_q1_q24	score_q1af_q24af
Spearman's rho	score_q1_q24	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	100
	score_q1af_q24af	Correlation Coefficient	,990**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



#### **4.7. Αξιοπιστία Ημικλαστών**

Τα 24 ερωτήματα του PAQ-R χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, σε μονές και σε ζυγές ερωτήσεις. Έπειτα, υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας στις δύο ομάδες δεδομένων. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν οι τιμές 0,990 και 0,989 αντίστοιχα ενώ ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στα σκορ των μονών και των ζυγών ερωτήσεων βρέθηκε  $r_s = 0,700$ .

## V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα ερευνητική μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είχε ως στόχο τον έλεγχο της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των μετρήσεων του ερωτηματολογίου (PAQ-R) σε Έλληνες ασθενείς με χρόνια πόνο, δηλαδή αφορούσε την διαπολιτισμική προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα ενός εργαλείου αξιολόγησης στάσεων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον χρόνια πόνο, όπως η στωικότητα και η επιφυλακτικότητα. Με την ολοκλήρωση της μελέτης, δόθηκε για πρώτη φορά στην ελληνική επιστημονική κοινότητα ένα εργαλείο αξιολόγησης των στωικών και επιφυλακτικών ασθενών που πάσχουν από χρόνια πόνο.

Κατά τη μεταφραστική διαδικασία του ερωτηματολογίου από τα αγγλικά στα ελληνικά, δεν προέκυψε κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα σε όλα τα στάδια της μετάφρασης. Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα προέκυψε σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Ακαδημίας Ορθοπαιδικών Χειρουργών (Beaton et al, 2000). Το PAQ-R έχει σταθμιστεί και προσαρμοστεί σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο (Mah et al, 2017).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το ερωτηματολόγιο PAQ-R αξιολογήθηκε ως προς το περιεχόμενο από 10 Έλληνες φυσιοθεραπευτές που ζουν και εργάζονται σε κλινικές χρόνιου πόνου στο Ηνωμένο Βασίλειο και είναι μέλη του βρετανικού συλλόγου φυσιοθεραπευτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν εξαιρετική εγκυρότητα περιεχομένου για κάθε 1 από τις 24 προτάσεις της ελληνικής έκδοσης του PAQ-R αφού οι τιμές των I-CVI ήταν από 0,90 – 1,0, δηλαδή μεγαλύτερες του 0,79. Την ίδια στιγμή, η τιμή S-CVI/Ave ήταν 0,960, παρουσιάζοντας με τη σειρά της υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου αφού έλαβε τιμή  $\geq 0,90$ . Η τιμή S-CVI/UA βρέθηκε 0,67, δίνοντας μέτρια εγκυρότητα περιεχομένου αφού έλαβε τιμή  $< 0,8$ .

Προχωρώντας, όλες οι υποκλίμακες του PAQ-R εμφάνισαν συγκλίνουσα εγκυρότητα. Αναλυτικότερα, η υποκλίμακα PAQ-R/SS παρουσίασε συγκλίνουσα εγκυρότητα αφού ο έλεγχος συσχέτισης έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα: μεταξύ PAQ-R/SS και PLC/PC προέκυψε  $r_s = 0,770$ , PAQ-R/SS και PRCS προέκυψε  $r_s = 0,518$ , PAQ-R/SS και CSQ/CSS προέκυψε  $r_s = 0,724$ , PAQ-R/SS και CSQ/ΕΕΠ προέκυψε  $r_s = 0,812$ . Η υποκλίμακα PAQ-R/SS, εμφάνισε ισχυρή θετική συσχέτιση με την PLC/PC, CSQ/CSS, CSQ/ΕΕΠ και μέτρια θετική συσχέτιση με την PRCS. Ο συσχετισμός PAQ-R/SR με την CSQ/IPS έδωσε αποτέλεσμα  $r_s =$

0,839, της PAQ-R/CS με τις 2ΕΕ, έδωσε αποτέλεσμα  $r_s=0,814$ , της PAQ-R/CR με την CSQ/RPS, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν  $r_s=0,765$ . Δηλαδή, οι υποκλίμακες PAQ-R/SR, PAQ-R/CS, PAQ-R/CR εμφάνισαν ισχυρή θετική συσχέτιση με τις κλίμακες που συσχετίστηκαν, γεγονός το οποίο αποδεικνύει ότι όλες οι υποκλίμακες της PAQ-R εμφανίζουν συγκλίνουσα εγκυρότητα και ότι το ερωτηματολόγιο PAQ-R παρουσιάζει δομική εγκυρότητα.

Η μέθοδος των γνωστών ομάδων (known groups method), που πραγματοποιήθηκε μέσω του Mann-Whitney U (2 independent samples), φανέρωσε ότι η μέση τιμή του σκορ του ερωτηματολογίου PAQ-R στο ηλικιακό γκρουπ των κάτω των 55 διαφέρει στατιστικά σημαντικά με τη μέση τιμή του σκορ στο ηλικιακό γκρουπ άνω των 55. Οι υψηλότερες βαθμολογίες του PAQ-R στους ασθενείς άνω των 55 ετών, φανερώνουν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι περισσότερο στωικά και επιφυλακτικά σε σχέση με τον χρόνιο πόνο από ότι τα άτομα νεότερης ηλικίας. Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίστηκαν και στην έρευνα των Yong et al το 2006 όταν σύγκριναν τις τιμές του σκορ ανάμεσα στο νεότερο ηλικιακό γκρουπ (20-39 ετών) και στο μεγαλύτερο ηλικιακό γκρουπ ( $\geq 60$  ετών). Οι Mah et al το 2017 παρουσίασαν διαφορά μεταξύ των μεγαλύτερων και των νεότερων ασθενών με προχωρημένο καρκίνο μόνο στις υποκλίμακες στωική ανωτερότητα και προσεκτική αυτοαμφιβολία του PAQ-R. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη δομική εγκυρότητα του PAQ-R.

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση της παρούσας μελέτης υποστήριξε την ύπαρξη ενός (1) παράγοντα που ερμηνεύει το 90% της συνολικής διακύμανσης, αφού διατηρήθηκε ο μοναδικός παράγοντας που παρουσίασε ιδιοτιμή (Eigen value) μεγαλύτερη από το 1. Το αποτέλεσμα αυτό δεν συμβαδίζει με την αρχική έρευνα των Yong et al το 2006 που υποστηρίζει την ύπαρξη πέντε παραγόντων.

Όλες οι υποκλίμακες της PAQ-R εμφάνισαν συγχρονική εγκυρότητα με τις κλίμακες που συσχετίστηκαν αφού έπειτα από τον έλεγχο συσχέτισης, προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα: μεταξύ PAQ-R/SS και PLC/PC προέκυψε  $r_s= 0,770$ , PAQ-R/SS και PRCS προέκυψε  $r_s= 0,518$ , PAQ-R/SS και CSQ/CSS προέκυψε  $r_s= 0,724$ , PAQ-R/SS και CSQ/ΕΕΠ προέκυψε  $r_s= 0,812$ . Ο συσχετισμός PAQ-R/SR με την CSQ/IPS έδωσε αποτέλεσμα  $r_s= 0,839$ , της PAQ-R/CS με τις 2ΕΕ, έδωσε αποτέλεσμα  $r_s=0,814$ , της PAQ-R/CR με την CSQ/RPS, έδωσε

αποτέλεσμα  $r_s=0,765$ . Η αποδεδειγμένη συγχρονική εγκυρότητα των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου, συνηγορεί υπέρ της εγκυρότητας κριτηρίου του PAQ-R.

Συνεχίζοντας, η ελληνική εκδοχή του PAQ-R, εμφάνισε εξαιρετική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας αφού ο συντελεστής Cronbach's alpha για την υποκλίμακα PAQ-R/SS ήταν  $\alpha= 0,979$ , για την υποκλίμακα PAQ-R/SR βρέθηκε  $\alpha= 0,988$ , για την υποκλίμακα PAQ-R/CS  $\alpha= 0,987$  και για την υποκλίμακα PAQ-R/CR  $\alpha= 0,975$ . Για το σύνολο του ερωτηματολογίου βρέθηκε  $\alpha= 0,995$ . Άρα η κλίμακα παρουσιάζει εξαιρετική ομοιογένεια. Η εσωτερική συνέπεια της ελληνικής έκδοσης εμφανίζεται ελαφρώς καλύτερη από την πρωτότυπη έκδοση ( Yong et al, 2003).

Η αξιοπιστία των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (test-retest reliability) της ελληνικής εκδοχής του PAQ-R, βρέθηκε εξαιρετική ( $r_s= 0,990$ ). Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με την έρευνα των Mah et al το 2017.

Η αξιοπιστία των ημικλαστών για αυτό το ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε για πρώτη φορά και οι τιμές 0,990 και 0,989 που προέκυψαν μεταξύ των δύο ομάδων ερωτήσεων (μονές, ζυγές), αποδεικνύουν την αξιοπιστία των ημικλαστών του PAQ-R.

Τελειώνοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη έρευνα παρουσίασε ορισμένες δυσκολίες αφού η διεξαγωγή της συνέπεσε με την πανδημία της νόσου του κορονοϊού 2019 (COVID-19). Έτσι, πολλοί ασθενείς καθώς και οι συνοδοί αυτών ήταν απρόθυμοι πολλές φορές να λάβουν μέρος στην έρευνα. Όπως σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, έτσι και στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών που διεξήχθη η έρευνα, υπήρξε μείωση των τακτικών χειρουργικών επεμβάσεων και των προγραμματισμένων ραντεβού για επισκέψεις στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και επομένως περιορίστηκε σημαντικά ο αριθμός των ασθενών που θα μπορούσε να συμμετάσχει στη μελέτη. Τέλος, για την εύρεση του δείγματος, ακολουθήθηκε η μη τυχαία δειγματοληψία.

## VI.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία υποστήριξε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των μετρήσεων του PAQ-R σε Έλληνες ασθενείς με χρόνια πόνο. Αποδεικνύει επίσης ότι η ελληνική εκδοχή του PAQ-R είναι εύχρηστη και προτείνεται η χρήση του PAQ-R από τους Έλληνες επαγγελματίες υγείας διότι διευκολύνει τον εντοπισμό στάσεων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον χρόνια πόνο όπως η στωικότητα και η επιφυλακτικότητα. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα επιλογής ενός ολιστικού θεραπευτικού σχήματος για την ουσιαστική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Η ελληνική εκδοχή του PAQ-R συμβάλει στην αξιολόγηση του χρόνιου πόνου αφού μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποιο σταθμισμένο στα ελληνικά εργαλείο που να εξετάζει τη στωικότητα και την επιφυλακτικότητα. Τέλος, η αποδεδειγμένη πλέον εγκυρότητα του και αξιοπιστία του, επιτρέπει να χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες για τη διεξαγωγή περισσότερων αποτελεσμάτων.

## VII.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alford, D.P., German, J.S., Samet, J.H., Cheng, D.M., Lloyd-Travaglini, C.A., Saitz, R., (2016). Primary care patients with drug use report chronic pain and self-medicate with alcohol and other drugs. *Journal of General Internal Medicine*, 31, 486-491.(DOI: 10.1007/s11606-016-3621-6)
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., Kroenke, K., (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163 (20), 2433-2445. (DOI:10.1001/archinte.163.20.2433)
- Baum, A., Gatchel, R. J., & Schaeffer, M. A. (1983). Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 565-572. (DOI:10.1037/0022-006X.51.4.565)
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B., (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. (DOI:10.1097/00007632-200012150-00014)
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G., (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, (8), 77–100
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., Neckelmann, D., (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77. (DOI:10.1016/s0022-3999(01)00296-3)
- Borrell-Carrio, F., (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. (DOI:10.1370/afm.245)
- Brain, K., Burrows, T.L., Rollo, M.E., Chai, L.K., Clarke, E.D., Hayes, C., Collins, C.E, (2018). A systematic review and meta-analysis of nutrition interventions for chronic noncancer pain. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 32(2), 198-225.(DOI:10.1111/jhn.12601)

- Brekke, M., Hjortdahl, P., Kvien, T., (2012). Severity of musculoskeletal pain: relationship to socioeconomic inequality. *Social Science & Medicine*, 54(2), 221–228.
- Cagle, J., Bunting, M., (2017). Patient Reluctance to Discuss Pain: Understanding Stoicism, Stigma, and Other Contributing Factors. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 13(1), 27–43. (DOI:10.1080/15524256.2017.1282917)
- Cagle, J.G., Zimmerman, S., Cohen, L.W., Porter, L.S., Hanson, L.C., Reed, D., (2015). EMPOWER: An intervention to address barriers to pain management in hospice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(1), 1–12. (DOI:10.1016/j.jpainsymman.2014.05.007)
- Calderon, C., Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., Carmona-Bayonas, A., Jara, C., Ayala de la peña, F., Jiménez-Fonseca, P., (2017). Psychometric properties of Liverpool Stoicism Scale (LSS) in a cohort of patients with resected cancer in adjuvant treatment. *Anales de Psicología*, 33(3), 621. (DOI:10.6018/analesps.33.3.277061)
- Campbell, C., Edwards, R.R., (2012). Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Management*, 2, 219-30.
- Campbell, P., Jordan, K.P., Smith, B.H., Scotland, G., Dunn, K.M., (2018). Chronic pain in families: a cross-sectional study of shared social, behavioural, and environmental influences. *Pain*, 159(1), 41-47. (DOI:10.1097/j.pain.0000000000001062)
- Chanques, G., Viel, E., Constantin, J.M., Jung, B., Lattre, S.D., Carr, J., Cissi, M., Lefrant, J.Y., Jaber, S., (2010). The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain*, 151, 711-721. (DOI: 10.1016/j.pain.2010.08.039)
- Cimas, M., Ayala, A., Sanz, B., Agullo-Tomas, M.S., Escobar, A., Forjaz, M.J., (2018). Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Crossnational and gender differences. *European Journal of Pain*, 22, 333-345.
- Crofford, L.J., (2015). Chronic pain: where the body meets the brain. *Transactions of the american clinical and climatological association*, 126, 167-183.

- Cronbach L.J., (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Dahlhamer, J., Lucas, J., Zelaya, C., Nahin, R., Mackey, S., DeBar, L., Kerns, R., Korff, M.V., Porter, L., Helmick, C. (2018). Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(36), 1001-1006.
- Darlow, B., Fullen, B.M., Dean, S., Hurley, D.A., Baxter, G.D., Dowell, A., (2012) The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 16(1), 3-17. (DOI: 10.1016/j.ejpain.2011.06.006)
- Dinakar, P., Stillman, A.M., (2016). Pathogenesis of Pain. *Seminars in Pediatric Neurology*, 23(3), 201–208. (DOI:10.1016/j.spen.2016.10.003)
- Edwards, L. C., Pearce, C. A., Turner-Stokes, L., Jones, A., (1992). The Pain Beliefs Questionnaire: An investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51(3), 267–272.
- Elliott, A., Smith, B., Hannaford, P., (2002). The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain*, 99, 299-307.
- Engel, G.L., (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 435–441. (DOI:10.1016/j.jclinepi.2014.11.021)
- Fayaz, A., Ayis, S., Panesar, S.S., Langford, R.M., Donaldson, L.J., (2016). Assessing the relationship between chronic pain and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Pain*, 13(1), 76-90. (DOI : 10.1016/j.sjpain.2016.06.005)



- Fayaz A., Croft P., Langford R.M., Donaldson L.J., Jones J.T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, 6, 1-12.
- Flor, H., Behle, D. J., & Birbaumer, N., (1993). Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 31(1), 63-73. (DOI:10.1016/0005-7967(93)90044-u)
- Fountoulakis, K.N., Iacovides, A., Samolis, S., Kleanthous, S., Kaprinis, S.G., Kaprinis, G.S., Bech, P., (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the zung depression rating scale. *BMC Psychiatry*, 1(1). (DOI:10.1186/1471-244x-1-6)
- Frankling, M.H., Bergman, L.B., (2017). Vitamin D in pain management. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(10). (DOI:10.3390/ijms18102170)
- Fraser, C.G & Fogarty, Y., (1989). 'Interpreting laboratory results', *British Medical Journal*, 298(6689), 1659–1660.
- Garra, G., Singe, A. J., Domingo, A., Thode, H.C., (2013). The wong-baker pain faces scale measures pain, not fear. *Pediatric Emergency Care*, 29(1), 17-20. (DOI:10.1097/pec.0b013e31827b2299)
- Gatchel, R. J., Peng, Y.B., Peters, M. L., Fuchs, P.N., Turk, D.C., (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. (DOI:10.1037/0033-2909.133.4.581)
- Geneen, L.J., Moore, R.A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L.A., Smith, B.H., (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-75. (DOI: 10.1002/14651858.CD011279.pub2)
- Georgoudis, G., Watson, P. J., Oldham, J. A, (2000). The development and validation of a Greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire. *European Journal of Pain*, 4(3), 275–281. (DOI:10.1053/eujp.2000.0186)

- Georgoudis, G., Oldham, J., (2001). Anxiety and Depression as Confounding Factors in Cross-cultural Pain Research Studies. *Physiotherapy*, 87(2), 92–93.( DOI:10.1016/s0031-9406(05)60459-2)
- Georgoudis, G., Papathanasiou, G., Spiropoulos, P., Katsoulakis, K., (2005) Physiotherapy assessment in painful musculoskeletal conditions: the validation of the Greek version of the Tampa Scale of Kinesiophobia (pilot study). In: 1st international congress on “Pain meets general practice” organized by the World Institute of Pain and the European Federation of IASP Chapters, Sofia, Bulgaria, p.214
- Georgoudis, G., Papathanasiou, G., Spiropoulos, P., Katsoulakis, K. (2007). Cognitive assessment of musculoskeletal pain with a newly validated Greek version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). *European Journal of Pain*, 11(3), 341–351. (DOI:10.1016/j.ejpain.2006.05.001)
- Gibson, S.J., Helme, R.D., (2001). Age-related differences in pain perception and report. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 433–456. (DOI:10.1016/s0749-0690(05)70079-3)
- Gobina, I., Villberg, J., Valimaa, R., (2019). Prevalence of self reported chronic pain among adolescents: evidence from 42 countries and regions. *European Journal of Pain*, 23,316-26.
- Gowans C.W., (2010). Medical analogies in buddhist and hellenistic thought: tranquillity and anger. *Royal Institute of Philosophy Supplement*,66, 11–33.
- Greenspan, J., Craft, R., LeResche, L., (2007) .Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. *Pain*, 132, 26-45
- Haefeli, M., Elfering. A., (2006). Pain assessment. *European Spine Journal*, 15, 17-24. (DOI : 10.1007/s00586-005-1044-x)
- Hilton, A. & Skrutkowski, M., (2002). Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nursing*, 25 (1), 1–7.

- Houben, R. M. A., Leeuw, M., Vlaeyen, J. W. S., Goubert, L., Picavet, H. S. J., (2005). Fear of Movement/Injury in the General Population: Factor Structure and Psychometric Properties of an Adapted Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(5), 415–424. (DOI:10.1007/s10865-005-9011-x )
- Huskisson, E.C., (1983). Visual analog scales. In: Melzack R, editor. Pain measurement and assessment. *New York: Raven Press*, 33–37.
- Ishack, W.W., Wen, R.Y., Naghdechi, L., Vanle, B., Dang, J., Knosp, M., Dascal, J., Marcia, L., Gohar, Y., Eskander, L., Yadegar. J., Hanna, S., Sadek, A., Aguilar-Hernandez, L., Danovitch, I., Louy, C., (2018). Pain and Depression: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(6), 352-363. ( DOI: 10.1097/HRP.000000000000198)
- Jacobson SF., (1992). Evaluating instruments for use in clinical nursing research. In: Frank-Stromborg M (ed) *Instruments for clinical research*. Jones and Bartlett Publishers, Boston, MA.
- Jank, R., Gallee, A., Boeckle, M., Fiegl, S., Pieh, C., (2017). Chronic pain and sleep disorders in primary care. *Pain Research and Treatment*, 2017. (DOI:10.1155/2017/9081802).
- Jarrett, T.A., (2013) Warrior Resilience and Thriving (WRT): Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) as a resiliency and thriving foundation to prepare warriors and their families for combat deployment and posttraumatic growth in operation iraqi freedom, 2005–2009. *The Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* , 31, 93–107.
- Jia, X., Jackson, T., (2016). Pain beliefs and problems In functioning among people with arthritis: A metaanalytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 39,735–756.
- Kent, P., Mirkhil, S., Keating, J., Buchbinder, R., Manniche, C., Albert, H.B., (2014). The Concurrent Validity of Brief Screening Questions for Anxiety, Depression, Social Isolation, Catastrophization, and Fear of Movement in People With Low Back Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 30(6), 479-489. (DOI:10.1097/ajp.000000000000010)

- Lankhorst, M.,A., (2016). Smoking and Chronic Pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 30(4), 326-327. (DOI:10.1080/15360288.2016.1231737)
- Loaser, J.D., and Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353, 1607-1609
- Macfarlane, G., (2016). The epidemiology of chronic pain. *Pain*, 157, 2158-2159. (DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000676).
- Mah, K.,Tran, K.T.,Gauthier, L.R., Rodin, G., Zimmermann, C., Warr, D., Librach, S.L., Moore, M., Shepherd, F.A., Gagliese, L., (2017). Psychometric evaluation of the Pain Attitudes Questionnaire-Revised for people with advanced cancer. *Journal of Pain*. (DOI: 10.1016/j.jpain.2017.02.432.)
- Main, C., J., (1983). The modified somatic perception questionnaire (MSPQ). *Journal of Psychosomatic Research*, 27(6), 503–514. (DOI:10.1016/0022-3999(83)90040-5).
- Main, C., Waddell, G., (1991). A comparison of cognitive measures in low back pain: statistical structure and clinical validity at initial assessment. *Pain*, 46(3), 287–298. (DOI: 10.1016/0304-3959(91)90112-B)
- McBeth, J., Nicholl, B.I., Cordingley, L., Davies, K.A., Macfarlane, G.J., (2010). Chronic widespread pain predicts physical inactivity: Results from the prospective EPIFUND study. *European Journal of Pain*, 14(9), 972–979. (doi: 10.1016/j.ejpain.2010.03.005).
- Melzack, R., Casey, K.L., (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. *The Skin Senses*. Springfield: CC Thomas, 423-39.
- Melzack, R., (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* (1), 277–299. (DOI:10.1016/0304-3959(75)90044-5)
- Melzack, R., (1987). *The short-form McGill pain questionnaire*. *Pain*, 30(2), 191–197. (DOI: 10.1016/0304-3959(87)91074-8)

- Miaskowski, C., Blyth, F., Nicosia, F., Haan, M., Keefe, F., Smith, A., & Ritchie, C., (2019). A Biopsychosocial Model of Chronic Pain for Older Adults. *Pain Medicine* 0(0), 1-13. (DOI:10.1093/pm/pnz329 )
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemí, G., Lykouras, L., (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*, 7(1), 4. (DOI:10.1186/1744-859x-7-4)
- Miller, R.P., Kori, S., Todd, D., (1991). The Tampa Scale: a measure of kinesiophobia. *Clinical Journal of Pain*, 7(1), 51–52.
- Morelhao, P.K., Tufik, S., Andersen, M.L., (2018). The Interactions between Obesity, Sleep Quality, and Chronic Pain. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14 (11), 1965-1966. (DOI: 10.5664/jcsm.7510)
- Nahin, R.L., (2015). Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *The Journal of Pain*, 16(8), 769-780
- Norwood S.L., (2000) Research strategies for advanced practice nurses. *Prentice Hall Health*, New Jersey.
- Orhurhu, V.J., Pittelkow, T.P., Hooten, W.M., (2015). Prevalence of smoking in adults with chronic pain. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1). (DOI: 10.1186/s12971-015-0042-y)
- Parmelee, P.A. (1997). Pain and psychological function in late life. The Plenum series in adult development and aging. *Handbook of pain and aging*, 207–226. ( [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0283-2\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0283-2_10))
- Pathak, E. B., Wieten, S. E., Wheldon, C. W., (2017). Stoic beliefs and health: development and preliminary validation of the Pathak-Wieten Stoicism Ideology Scale. *British Medical Journal Open*, 7(11), 151-137. (DOI:10.1136/bmjopen-2016-015137)

- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459–467. (DOI:10.1002/nur.20199)
- Poquet, N., Lin, C., (2016). The Brief Pain Inventory (BPI). *Journal of Physiotherapy*, 62(1), 52. (DOI: 10.1016/j.jphys.2015.07.001)
- Portenoy, P.K., Farkash, A., (1988). Practical management of non-malignant pain in the elderly. *Geriatrics*, 43(5), 29-40, 44-7.
- Pratt, B., Sheehan, M., Barsdorf, N., Hyder, A.A., (2018). Exploring the ethics of global health research priority-setting. *BMC Medical Ethics*, 19(1). (DOI:10.1186/s12910-018-0333-y)
- Pronk, T., Molenaar, D., Wiers, R.W., Murre, J., (2021). Methods to split cognitive task data for estimating split-half reliability: A comprehensive review and systematic assessment. *Psychonomic Bulletin & Review*. (10.3758/s13423-021-01948-3)
- Reddi, D., (2016). Preventing chronic postoperative pain. *Anaesthesia*, 71(S1), 64-71. ( DOI: 10.1111/anae.13306).
- Rosenstiel, A. K., Keefe, F. J., (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33–44. (DOI:10.1016/0304-3959(83)90125-2)
- Rybstein-Blinchik, E., (1979). Effects of different cognitive strategies on chronic pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 2(1), 93–101. (DOI:10.1007/bf00846566)
- Shaw, W., Linton, S., Pransky, G., (2006). Reducing sickness absence from work due to low back pain: how well do intervention strategies match modifiable risk factors? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, 591-605.

- Shi, J., Mo, X., Sun, Z., (2012). Content validity index in scale development. *Journal of Central South University, Medical sciences*, 37(2), 152-155. (DOI: 10.3969/j.issn.1672-7347.2012.02.007)
- Smith, T.O., Dainty, J.R., Williamson, E., Martin, K.R., (2019). Association between musculoskeletal pain with social isolation and loneliness: analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *British Journal of Pain*, 13(2), 82-90. (DOI: 10.1177/2049463718802868).
- Sperber, A. D., (2004) Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126 (1), 124– 128.
- Strong, J., Ashton, R., Chant, D., (1992). The measurement of attitudes towards and beliefs about pain. *Pain*, 48(2), 227–236. (DOI:10.1016/0304-3959(92)90062-g)
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S., Pivik, J., (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 432–524.
- Teasell, R., Bombardier, C.,(2001). Employment-related factors in chronic pain and chronic pain disability. *The Clinical Journal of Pain*, 17(4) , 39-45. (DOI: 10.1097/00002508-200112001-00010)
- Thomas J & Nelson J 1996, *Research methods in physical activity*, Champaign, IL: Human Kinetics.
- Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Azizc, Q., Bennettd, M.I., Benoliele, R., Cohenf, M., Eversg, S., Finneruph, N.B., Firsti, M.B., Giamberardinoj, M.A., Kaasak, S., Kosekl, E., Lavand’homme, P., Nicholasn, M., Perroto, S., Scholzp, J., Schugq, S., Smithr, B.H., Svenssons, P., Vlaeyenu, J.W.S., Wangw,S.J., (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. (DOI:10.1097/j.pain.000000000000160)
- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: Gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *The Journal of Pain*, 9, 883–891.

- Turk, D.C., Rudy, T.E., (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: A worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 760–768. (DOI :0.1037/0022-006X.54.6.760)
- Turk, D.C., Rudy, T.E., (1992). Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 99–122. (DOI :10.1007/BF01173484)
- Viswanath, B., Jayarajan, R.N., Chandra, P.S., Chaturvedi, S.K., (2018). Supplementing research ethics training in psychiatry residents: A five-tier approach. *Asian Journal Psychiatry* 34, 54–56.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 390, 1211-1259.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J., (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157–168. (DOI:10.1016/0304-3959(93)90127-b)
- Wade, D. T., Halligan, P.W., (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. (DOI:10.1177/0269215517709890)
- Wertli, M.M., Rasmussen-Barr, E., Held, U., Weiser, S., Bachmann, L.M., Brunner, F., (2014). Fear-avoidance beliefs-a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *The spine journal: official journal of the North American Spine Society*, 14, 2658–2678.
- Yong, H.H., Bell, R., Workman, B., Gibson, S. J., (2003). Psychometric properties of the Pain Attitudes Questionnaire (revised) in adult patients with chronic pain. *Pain*, 104(3), 673–681. (DOI:10.1016/s0304-3959(03)00140-4)



- Yong, H.H., (2006). Can attitudes of stoicism and cautiousness explain observed age-related variation in levels of self-rated pain, mood disturbance and functional interference in chronic pain patients?, *European Journal of Pain*, 10(5), 399–399. (DOI:10.1016/j.ejpain.2005.05.004)
- Zung, W. W., (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. (DOI.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008)
- Γεωργουδης Γ, Κατσουλάκης Κ. Η ελληνική έκδοση της κλίμακας ελέγχου του πόνου (Pain Locus of Control - GR). υπό κρίση (submitted), 2005.
- Γεωργούδης Γ, Κατσουλάκης Κ, Σωτηρόπουλος Σ. Αξιολόγηση των αντιλήψεων των ασθενών για το πόνο τους: Οι Ελληνικές εκδόσεις των κλιμάκων PRCS (Pain-Related Control Scales) και PRSS (Pain-Related Self-statements Scales) (πιλοτική μελέτη). [Validation of the PRCS and PRSS into Greek: preliminary results] 18th Congress of the Hellenic Scientific Society of Physiotherapy, Free Note, Ethniki Bank Congress Center, Glifada, Athens, 3-5 December 2004
- Γεωργούδης Γ., Χατζηδημητρίου Α., Αργύρα Ε., Ράπτης Ε., Βαδαλούκα, Α. Η στάθμιση της κλίμακας αξιολόγησης της καταστροφολογίας του Coping Strategies Questionnaire (CSQ) σε δείγμα Ελλήνων ασθενών του Ιατρείου Πόνου (πιλοτική μελέτη). [Validation of the CSQ into Greek] 7 th National Congress of Regional Anesthesia & Palliative Care, Free Note, Loutraki, 7-9 October 2005.
- Γεωργούδης Γ., Χατζηδημητρίου Α., Μανούσου Α., Ράπτης Ε., Βαδαλούκα, Α. Η στάθμιση της κλίμακας αξιολόγησης της καταστροφολογίας του Coping Strategies Questionnaire (CSQ) για χρήση σε ασθενείς με επώδυνα μυοσκελετικά προβλήματα (πιλοτική μελέτη). [Validation of the CSQ into Greek patients with musculoskeletal pain] 19th Congress of the Hellenic Scientific Society of Physiotherapy, Free Note, Eugenidio Idrima, Athens, 4-6 November 2005.
- Ουζούνη Χ & Νακάκης Κ. (2011). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50:231–239.

## VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## Παράρτημα 3.1. Το ερωτηματολόγιο ΡΑQ-R

## ΡΑQ-R

**Instructions:** Using the scale provided where 1 is Strongly Disagree and 5 is Strongly Agree, rate how much you agree or disagree with each statement below. There are no right or wrong answers.

		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1.	I take a long time to decide whether a sensation is painful or not.	1	2	3	4	5
2.	When I am in pain I should keep it to myself.	1	2	3	4	5
3.	When a sensation is mild, I tend to not trust myself in deciding whether it is painful or not.	1	2	3	4	5
4.	I keep a "stiff upper lip" when I am in pain.	1	2	3	4	5
5.	I lack confidence in making judgements about whether a sensation is painful or not.	1	2	3	4	5
6.	I think I can tolerate more pain than other people.	1	2	3	4	5
7.	I need time to decide whether a sensation is painful or not.	1	2	3	4	5
8.	I would rather not make a decision about pain when it is difficult to decide whether a sensation is painful or not.	1	2	3	4	5
9.	I think I can control my pain better than other people.	1	2	3	4	5
10.	I avoid making a decision about pain when I am not sure whether a sensation is considered painful or not.	1	2	3	4	5
11.	I take great care to avoid labelling a sensation as painful unless I am very certain.	1	2	3	4	5
12.	When I get odd sensations, I don't necessarily think they are painful.	1	2	3	4	5

«ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΠΟΝΟΥ  
PAIN ATTITUDES QUESTIONNAIRE (REVISED)-(PAQ-R) ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ»

		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
13.	I tend to be reluctant to label a sensation as painful unless I am very certain.	1	2	3	4	5
14.	I am seldom emotional when in pain.	1	2	3	4	5
15.	I do not see any good in complaining when I am in pain.	1	2	3	4	5
16.	I go on as if nothing has happened when I am in pain.	1	2	3	4	5
17.	I maintain my pride and keep a stiff upper lip when I am in pain.	1	2	3	4	5
18.	I have good control over my pain compared to others.	1	2	3	4	5
19.	I make light of pain; I refuse to get too serious about it when in pain.	1	2	3	4	5
20.	I get on with life despite being in pain.	1	2	3	4	5
21.	I hide my pain from others.	1	2	3	4	5
22.	I think I can endure more pain than other people	1	2	3	4	5
23.	I need to be absolutely certain a sensation is painful before I will label it as painful.	1	2	3	4	5
24.	Relative to other people, I am not as emotional when in pain	1	2	3	4	5

## Παράρτημα 3.2. Άδεια χρήσης από τον συγγραφέα

1/3/2021

Gmail - PAQ-R Translation enquiry



Kyriaki Arapitsa &lt;kyriaki.k.arapitsa@gmail.com&gt;

---

### PAQ-R Translation enquiry

---

Hua Yong &lt;hua.yong@deakin.edu.au&gt;

Wed, Feb 12, 2020 at 1:52 AM

To: Kyriaki Arapitsa <kyriaki.k.arapitsa@gmail.com>, "hua.yong@nari.unimelb.edu.au" <hua.yong@nari.unimelb.edu.au>  
Cc: "ggeorge@uniwa.gr" <ggeorge@uniwa.gr>, "ssotiropoulos@uniwa.gr" <ssotiropoulos@uniwa.gr>

Dear Kyriaki,

Thank you for your interest in my pain attitudes questionnaire. I'm happy for you to use it in your research and adapt it into greek.

Attached are the PAQ-R and the scoring key for your reference.

I've not done much research in this area for quite some time now, so not sure would be useful to participate but happy to be kept informed.

Best wishes to your research.

Regards,

Hua


[Quoted text hidden]


**Important Notice:** The contents of this email are intended solely for the named addressee and are confidential; any unauthorised use, reproduction or storage of the contents is expressly prohibited. If you have received this email in error, please delete it and any attachments immediately and advise the sender by return email or telephone.

Deakin University does not warrant that this email and any attachments are error or virus free.

---

#### 2 attachments

 pain\_attitudes\_inventory\_revised.doc  
45K

 paqrscoringkey.doc  
21K

**Παράρτημα 3.3. Ελληνική εκδοχή του PAQ-R / Greek version of PAQ-R.**



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ -Pain  
Attitudes Questionnaire-Revised (PAQ-R) – Ελληνική Έκδοση.**

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα, όπου ο αριθμός 1 αντιστοιχεί με το “Διαφωνώ απόλυτα” και ο αριθμός 5 με το “Συμφωνώ απόλυτα”, βαθμολογήστε με το πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Ερώτηση	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
1. Χρειάζομαι αρκετό χρόνο για να αποφασίσω εάν μια αίσθηση είναι επώδυνη ή όχι.					
2. Όταν νιώθω πόνο πρέπει να το κρατήσω για τον εαυτό μου					
3. Όταν μια αίσθηση είναι ήπια, τείνω να μην εμπιστεύομαι τον εαυτό μου στο να αποφασίσει εάν αυτή είναι επώδυνη ή όχι.					
4. Είμαι επιφυλακτικός όταν πονάω					
5. Δεν έχω την αυτοπεποίθηση να κρίνω εάν μια αίσθηση είναι επώδυνη ή όχι.					
6. Νομίζω ότι μπορώ να αντέξω περισσότερο πόνο συγκριτικά με άλλους ανθρώπους.					
7. Χρειάζομαι χρόνο για να αποφασίσω εάν μια αίσθηση είναι επώδυνη ή όχι.					

8. Θα προτιμούσα να μην πάρω μια απόφαση σχετική με τον πόνο όταν είναι δύσκολο να αποφασίσω εάν μια αίσθηση είναι επώδυνη ή όχι.					
9. Νομίζω ότι μπορώ να ελέγξω καλύτερα τον πόνο μου συγκριτικά με άλλους ανθρώπους.					
10. Αποφεύγω να πάρω μία απόφαση όσον αφορά τον πόνο όταν δεν είμαι σίγουρος εάν η αίσθηση είναι επώδυνη ή όχι.					
11. Προσέχω πολύ να αποφεύγω να χαρακτηρίσω μία αίσθηση ως επώδυνη εκτός και εάν είμαι απόλυτα σίγουρος.					
12. Όταν έχω περίεργες αισθήσεις, δεν νομίζω απαραίτητα ότι αυτές είναι επίπονες.					
13. Τείνω να είμαι απρόθυμος να χαρακτηρίσω μία αίσθηση ως επώδυνη εκτός και εάν είμαι απόλυτα σίγουρος.					
14. Σπάνια είμαι συναισθηματικός όταν πονάω.					
15. Δεν βρίσκω κανένα όφελος να παραπονιέμαι όταν πονάω.					
16. Συνεχίζω σαν να μην έχει συμβεί τίποτα όταν πονάω.					
17. Διατηρώ την υπερηφάνεια μου και μένω στωικός όταν πονάω.					
18. Έχω καλό έλεγχο του πόνου μου σε σύγκριση με άλλους.					
19. Υποβαθμίζω τη σοβαρότητα του πόνου, αρνούμαι να το εκλάβω ως κάτι σοβαρό όταν πονάω.					
20. Συνεχίζω την ζωή μου πάρα τον πόνο που αισθάνομαι.					
21. Κρύβω τον πόνο μου από τους άλλους.					
22. Νομίζω ότι μπορώ να υπομείνω πιο πολύ πόνο συγκριτικά με άλλους ανθρώπους.					
23. Χρειάζεται να είμαι απόλυτα σίγουρος ότι μία αίσθηση είναι επώδυνη πριν την χαρακτηρίσω ως επώδυνη.					
24. Σε σχέση με άλλους ανθρώπους, δεν είμαι τόσο συναισθηματικός όταν πονάω.					

Greek version of Pain Attitudes Questionnaire-Revised (PAQ-R): Arapitsa K.<sup>1</sup>, Georgoudis G<sup>1,2,3,4</sup>, Sotiropoulos S<sup>1</sup>, Yong H.H.<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> MSc "New Methods in Physiotherapy", University of West Attica (UNIWA), Campus 1, 28 Agiou Spyridonos St., 12243, Egaleo, Attica, Greece.

<sup>2</sup> Professor (full) in Musculoskeletal Physiotherapy

<sup>3</sup> Head of Musculoskeletal Research Laboratory (MRL)

<sup>4</sup> Physiotherapy Department, University of West Attica, Athens, Greece

<sup>5</sup> School of Psychology, Deakin University, Melbourne, Australia.

### Παράρτημα 3.4. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>	
Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις, κυκλώνοντας κάθε φορά μία απάντηση.	
<b>1. Φύλο</b>	
Αντρας	Γυναίκα
<b>2. Ηλικία</b>	
_____	
<b>3. Σωματομετρικά Χαρακτηριστικά</b>	
Ύψος _____	Σωματικό Βάρος _____
<b>3. Οικογενειακή Κατάσταση</b>	
Άγαμος/η	Παντρεμένος/η
Διαζευγμένος/η	Χήρος/α
<b>4. Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	
Απόφοιτος/η Δημοτικού	Απόφοιτος/η Γυμνασίου-Λυκείου
Κάτοχος Πτυχίου Πανεπιστημίου	Κάτοχος Μεταπτυχιακού-Διδακτορικού
<b>5. Εργασιακή Κατάσταση</b>	
Δημόσιος Υπάλληλος	Ιδιωτικός Υπάλληλος
Ελεύθερος Επαγγελματίας	Φοιτητής
Άνεργος	
<b>6. Διεγνωσμένη Πάθηση</b>	
Ινομυαλγία	Οστεοαρθρίτιδα
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	Χρόνια Οσφυαλγία
Χρόνια Αυχεναλγία	Χρόνια Κεφαλαλγία
Χρόνιος Πυελικός Πόνος	Διάφορες Μυοσκελετικές Παθήσεις
Άλλη πάθηση : _____ _____ _____	
<b>9. Διάρκεια Πόνου/Συμπτωμάτων.</b>	
<input type="checkbox"/> 1 μήνα	<input type="checkbox"/> 1-3 μήνες
3-6 μήνες	≥ 6 μήνες

10. Τρόπος Αντιμετώπισης Ασθένειας.	
Φάρμακα	Χειρουργική Επέμβαση σχετιζόμενη με τη νόσο
Άλλος τρόπος Αντιμετώπισης : _____	
_____	
_____	



**Παράρτημα 3.5. Η υποκλίμακα ελέγχου της ελληνικής έκδοσης του Pain Locus of Control -  
PLC-GR**

**PLC – Greek Version**

Όνομα: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Εκτιμήστε πόσο πιστεύεται ότι κάθε δήλωση από τις παρακάτω περιγράφει την κατάσταση σας βάζοντας ένα Χ στο αντίστοιχο κουτάκι. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

	ΠΟΛΥ ΑΛΗΘΙΝΟ	ΑΛΗΘΙΝΟ	ΛΑΘΟΣ	ΠΟΛΥ ΛΑΘΟΣ
1. Ο πόνος μου συχνά φεύγει, αν ξεκουραστώ σωματικά				
2. Ότι και να κάνω, φαίνεται ότι δεν μπορώ να επηρεάσω τον πόνο μου				
3. Μπορώ να μειώσω τον πόνο μου αν σκέφτομαι σημεία του σώματος μου που δεν πονάνε				
4. Μερικές φορές μπορώ να μειώσω τον πόνο μου αν φανταστώ ότι στην πραγματικότητα ο πόνος μου είναι ένα ευχάριστο ερέθισμα				
5. Μόνο εγώ μπορώ να βοηθήσω τον εαυτό μου όταν πονάω				
6. Η ένταση του πόνου μου ελαττώνεται αν παραμείνω απαθής και δεν αντιδρώ σε αυτόν				
7. Μερικές φορές μπορώ να μειώσω τον πόνο μου αν δεν του δίνω σημασία				
8. Ευθύνομαι για το πώς με επηρεάζει ο πόνος μου				
9. Μπορώ να κάνω τον πόνο μου να φύγει αν πιστέψω ότι θα φύγει				
10. Ο πόνος μου έρχεται και φεύγει άσχετα από τι κάνω ή σκέφτομαι				
11. Ο πόνος μου θα μειωθεί αν σκέφτομαι πράγματα που συμβαίνουν γύρω μου				
12. Το να πονάω δεν είναι ποτέ επιλογή μου				
13. Μπορώ να μειώσω τον πόνο μου αν φανταστώ μια κατάσταση στο παρελθόν όπου δεν πονούσα				
14. Ο πόνος μου βελτιώνεται αν κάνω ευχάριστες σκέψεις				
15. Αν απλά ηρεμήσω και αναπνέω αργά και σταθερά, αυτό βοηθάει στον πόνο μου				

**Παράρτημα 3.6. Οι υποκλίμακες Ignoring pain sensations, Coping self-statements, Reinterpreting Pain-Sensations της ελληνικής εκδοχής του CSQ.**

**Coping Strategies Questionnaire – CSQ**

Οι άνθρωποι που πονάνε χρησιμοποιούν κάποιους τρόπους για να ανταπεξέρχονται στον πόνο. Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με τους πιο συνηθείς τρόπους για τη διαχείρισή του πόνου. Συμπεριλαμβάνονται πραγματικές δραστηριότητες και σκέψεις για τον πόνο. Σας παρακαλώ σημειώστε για ΚΑΘΕ ερώτηση ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ κάνετε κάθε μια από τις δραστηριότητες ΚΥΚΛΩΝΟΝΤΑΣ τον κατάλληλο βαθμό στη δεξιά πλευρά του ερωτηματολογίου. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Το 0 σημαίνει ότι δεν δραστηριοποιείστε ΠΟΤΕ, 3 σημαίνει ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ δραστηριοποιείστε, 6 σημαίνει ότι ΠΑΝΤΑ κάνετε κάποια δραστηριότητα. Θυμηθείτε ότι μπορείτε να διαλέξετε οποιοδήποτε βαθμό από το 0 μέχρι το 6.

		0	1	2	3	4	5	6
		ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ				ΠΑΝΤΑ	
1	Δεν τον σκέφτομαι σαν πόνο αλλά πιο πολύ σαν μια αίσθηση βάρους ή θερμότητας	0	1	2	3	4	5	6
2	Λέω στον εαυτό μου να είναι γενναίος και να συνεχίζει παρ' όλο τον πόνο	0	1	2	3	4	5	6
3	Διαβάζω	0	1	2	3	4	5	6
4	Λέω στον εαυτό μου ότι μπορώ να ξεπεράσω τον πόνο	0	1	2	3	4	5	6
5	Παίρνω φάρμακα	0	1	2	3	4	5	6
6	Μιτρώ στο μυαλό μου αριθμούς ή σκέφτομαι κάποιο τραγούδι	0	1	2	3	4	5	6
7	Απλά σκέφτομαι τον πόνο σαν κάποια άλλη αίσθηση, όπως το μούδιασμα	0	1	2	3	4	5	6
8	Παίζω παιχνίδια με το μυαλό μου για να μην σκέφτομαι τον πόνο	0	1	2	3	4	5	6
9	Χαλαρώνω	0	1	2	3	4	5	6
10	Δεν σκέφτομαι τον πόνο	0	1	2	3	4	5	6
11	Λέω στον εαυτό μου ότι δεν πονάει	0	1	2	3	4	5	6
12	Λέω στον εαυτό μου ότι δε θα αφήσω τον πόνο να σταθεί εμπόδιο σε αυτά που θέλω να κάνω	0	1	2	3	4	5	6
13	Δεν δίνω σημασία στον πόνο	0	1	2	3	4	5	6
14	Όσο άσχημος και αν είναι ξέρω ότι μπορώ να το χειριστώ	0	1	2	3	4	5	6
15	Προσποιούμαι ότι δεν υπάρχει	0	1	2	3	4	5	6
16	Ξαπλώνω	0	1	2	3	4	5	6
17	Κάνω ντουζιέ ή μπάνιο	0	1	2	3	4	5	6
18	Συνεχίζω τη ζωή μου σαν να μη συμβαίνει τίποτα	0	1	2	3	4	5	6
19	Τον βλέπω σαν μια πρόκληση και δεν τον αφήνω να με ενοχλεί	0	1	2	3	4	5	6
20	Παρόλο τον πόνο μου, συνεχίζω τη ζωή μου	0	1	2	3	4	5	6
21	Προσπαθώ να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4	5	6
22	Τον αγνοώ	0	1	2	3	4	5	6
23	Κάνω οτιδήποτε για να μην σκέφτομαι τον πόνο	0	1	2	3	4	5	6
24	Δραστηριοποιούμαι κάνοντας δουλειές στο σπίτι ή άλλες εργασίες	0	1	2	3	4	5	6
25	Χρησιμοποιώ θερμοφόρα	0	1	2	3	4	5	6

26. Σύμφωνα με διάφορα πράγματα που κάνετε για να ανταπεξέλθετε στον πόνο ή να τον αντιμετωπίσετε, μια συνηθισμένη μέρα, πόσο πιστεύετε ότι μπορείτε να τον ελέγξετε;						
0	1	2	3	4	5	6
Καθόλου έλεγχος			Μερικώς έλεγχος			Απόλυτος έλεγχος

27. Σύμφωνα με διάφορα πράγματα που κάνετε για να ανταπεξέλθετε στον πόνο ή να τον αντιμετωπίσετε, μια συνηθισμένη μέρα, πόσο πιστεύετε ότι μπορείτε να τον μειώσετε;						
0	1	2	3	4	5	6
Δεν μπορώ να τον ελαττώσω καθόλου			Μπορώ να τον ελαττώσω σε κάποιο βαθμό			Μπορώ να τον ελαττώσω τελείως

### Παράρτημα 3.7. Η ελληνική εκδοχή της Pain-Related Control Scales- PRCS-GR

#### PRCS Appendix IX

Όνομα: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Παρακάτω είναι μια λίστα με συμπεριφορές και αντιδράσεις για το χρόνιο πόνο που έχουν αναφερθεί από άλλους ασθενείς. Παρακαλώ να επιστημάνετε αν συμφωνείται ή διαφωνείτε με κάθε δήλωση κυκλώνοντας τον κατάλληλο αριθμό στην κλίμακα που αρχίζει από 0=διαφωνώ απόλυτα μέχρι το 5=συμφωνώ απόλυτα.

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ					ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ				
1. Μπορώ να προβλέψω τον πόνο, υπάρχουν προειδοποιητικά σημάδια .....	0	1	2	3	4	5				
2. Οτιδήποτε και να κάνω, δεν μπορώ να επηρεάσω τον πόνο μου .....	0	1	2	3	4	5				
3. Το άγχος δυναμώνει τον πόνο μου .....	0	1	2	3	4	5				
4. Μπορώ να κάνω κάτι για να μειώσω τον πόνο μου.....	0	1	2	3	4	5				
5. Όταν πονάω μόνο οι ειδικοί ή ο γιατρός μπορεί να βοηθήσει .....	0	1	2	3	4	5				
6. Ο πόνος είναι μια δοκιμασία για μένα .....	0	1	2	3	4	5				
7. Δεν αφήνω τον πόνο να με κάνει ότι θέλει, αλλά προσπαθώ να τον πολεμήσω .....	0	1	2	3	4	5				
8. Δεν έχω τη δύναμη να κάνω οτιδήποτε για να ελέγξω το πόνο μου .....	0	1	2	3	4	5				
9. Είναι η μοίρα μου να πονάω και πρέπει να το ανεχτώ ...	0	1	2	3	4	5				
10. Δεν πιστεύω ότι μπορώ να κάνω κάτι για τον πόνο μου .....	0	1	2	3	4	5				
11. Προσπαθώ να ξεχνάω τον πόνο μου όσο πιο συχνά γίνεται..	0	1	2	3	4	5				
12. Ανησυχώ για το μέλλον μου εξαιτίας του πόνου μου .....	0	1	2	3	4	5				
13. Έχω προσπαθήσει να αντιμετωπίσω τον πόνο μου, αλλά τα έχω παρατήσει, γιατί δεν τα κατάφερα .....	0	1	2	3	4	5				
14. Το καλύτερο πράγμα που μπορώ να κάνω για να αντιμετωπίσω τον πόνο μου είναι να ξεχνιέμαι.....	0	1	2	3	4	5				
15. Έχω μάθει να ζω με τον πόνο μου .....	0	1	2	3	4	5				

### Παράρτημα 3.8. Ερωτήσεις ελέγχου

**ΟΔΗΓΙΕΣ :** Βαθμολογήστε πόσο πιστεύετε ότι συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις, κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό. Το 1 σημαίνει ότι αυτή η κατάσταση, δεν ισχύει ποτέ, το 5 ότι ισχύει κάποιες φορές, ενώ το 10 σημαίνει ότι η παρακάτω δήλωση ισχύει συνεχώς.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ΠΟΤΕ			ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ				ΠΑΝΤΑ		

1	Τείνω να μην εμπιστεύομαι τον εαυτό μου για το αν πονάω ή όχι.	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ							ΠΑΝΤΑ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Είναι δύσκολο να αποφασίσω αν πονάω ή όχι.	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ							ΠΑΝΤΑ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 3.9. Έντυπο δήλωσης συγκατάθεσης συμμετεχόντων



#### ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ/ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Με το έντυπο αυτό, καλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα με τίτλο : “ Έλεγχος Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας των μετρήσεων του ερωτηματολογίου πόνου Pain Attitudes Questionnaire-Revised (PAQ-R) σε Έλληνες ασθενείς με χρόνια πόνο”, η οποία πραγματοποιείται στο πλαίσιο εκπόνησης διατριβής της μεταπτυχιακής φοιτήτριας του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Δοσπίνα Κυριακής, με επιβλέποντα τον Καθηγητή κ. Γεωργιάδη Γεώργιο και συνεπιβλέποντα τον υποψήφιο Διδάκτορα κ. Σωτηρόπουλο Σπυρίδωνα.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας των μετρήσεων του ερωτηματολογίου Pain Attitudes Questionnaire- Revised (PAQ-R) σε Έλληνες ασθενείς με χρόνια πόνο.

Στη μελέτη αυτή μπορεί να λάβει μέρος κάθε άτομο άνω των 18 ετών, με άριστη γνώση της ελληνικής γλώσσας, που έχει διαγνωστεί με χρόνια πόνο ή με παθήσεις που προκαλούν χρόνια πόνο. Από τη μελέτη αυτή θα αποκλείονται όσες γυναίκες βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης, καρκινοπαθείς, άτομα με βαριά ψυχολογική ή γνωστική διαταραχή, καθώς και άτομα που αναφέρουν καταστάσεις με έντονα σημεία κινδύνου (“ red flags”) όπως οξύ τραύμα, έντονος πόνος, συμπτώματα συμπίεσης του νωτιαίου μυελού και οξεία φλεγμονώδη αρθρίτιδα.

Η συμβολή σας στην έρευνα είναι πολύτιμη. Θα χρειαστεί να συμπληρώσετε τα έντυπα δύο φορές. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί λίγα λεπτά. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας και τη βοήθεια σας για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία σχετικά με την έρευνα, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μου στο [paq.uniwa@gmail.com](mailto:paq.uniwa@gmail.com) ή με τον κ. Σωτηρόπουλο Σπυρίδωνα στο [ssotirooulos@uniwa.gr](mailto:ssotirooulos@uniwa.gr).

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και για να λάβετε μέρος θα ζητηθεί η ενυπόγραφη συγκατάθεσή σας. Θα υπάρξει απόλυτη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων αφού οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά για το σκοπό της μελέτης ενώ θα μπορούν να επεξεργαστούν μόνο από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Η ερευνητική ομάδα και το Πανεπιστήμιο δεσμεύεται να τηρεί πλήρη εμπιστευτικότητα για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην ταυτοποίησή σας. Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια. Με τη συμμετοχή σας στην έρευνα, αποδέχεστε τα παραπάνω.



Κατανοώ τα παραπάνω και επιθυμώ να συμμετάσχω στην έρευνα.

Όνοματεπώνυμο : \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Τόπος : \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

### Παράρτημα 3.10 Έγκριση ηθικής και δεοντολογίας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΝΑΥΤΙΚΟ

ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ: 7/20

ΑΘΗΝΑ, 18 ΙΟΥΝΙΟΥ 2020

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 7ης ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ/2020

ΣΧΕΤ: α. Υπηρε. Σημ. Υπ. Αριθμ. 7/20 Υδντη ΝΝΑ από 2020

β. Άρθρο 25 ΚΟΛ/ΝΝΑ 2020

1. Σε εκτέλεση σχετικού (α) συνεδρίασε σήμερα Πέμπτη 18/6/2020 το Ε.Σ./Ν.Ν.Α. υπό τηνπρεδρία του Πλοίαρχου (ΥΙ) Χ. Αγγελακάπουλου Π.Ν., Υποδιευθυντή Ν.Ν.Α. και μέλη του τους:

- α. Αρχιπλοίαρχο (ΥΝ) Σ. Σιγάλα ΠΝ - Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- β. Πλοίαρχο (ΥΙ) Α. Διαμαντή ΠΝ - Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- γ. Πλοίαρχο (ΥΙ) Δ. Τρύφο ΠΝ - Διευθυντή Χειρουργικού Τομέα
- δ. Πλοίαρχο (ΥΙ) Λ. Μπιλάλη ΠΝ - Διευθυντή Παθολογικού Τομέα
- ε. Πλοίαρχο (ΥΙ) Α. Αυτωνίου ΠΝ - Διευθυντή Εκπαίδευσης και Έρευνας
- στ. Πλοίαρχο (ΥΦ) Δ. Παπαδοπούλα ΠΝ - Διευθυντή Φαρμακευτικού Τομέα
- ζ. Πλοίαρχο (ΥΝ) Α. Αργυράκου ΠΝ - Επόπτρια/Τομεάρχη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- η. Πλοίαρχο (ΥΙ) Ι. Σοφούλη ΠΝ - Διευθυντή Εργαστηριακού Τομέα
- θ. Πλοίαρχο (ΥΟ) Α. Σικιώτη ΠΝ - Διευθυντή Οδοντιατρικού Τομέα

και αφού έλαβε υπόψη του:

- Τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για τη διενέργεια κλινικών δοκιμών στο Νοσοκομείο
- Το γεγονός ότι όλοι οι φάκελοι είναι πλήρεις και καλύπτουν όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή μελετών
- Ότι από τη διενέργεια των μελετών δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο

1

- Τις προϋποθέσεις για παρακολούθηση εργασιών και πρακτικής άσκησης στο ΝΝΑ
- Τις προτάσεις των επιτροπών για τον κανονισμό και λειτουργία ομάδων στο ΝΝΑ

**Ομόφωνα αποφασίζει και εγκρίνει το παρακάτω θέμα**

(Σημ.: α. Στα θέματα που είναι εισηγητές μέλη του Ε.Σ. δεν προαμετρείται η θέση τους. β. Ο γραμματέας είναι άνευ ψήφου)

Διεξαγωγή ερευνητικής εργασίας με τίτλο « Έλεγχος Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας των μετρήσεων του ερωτηματολογίου πόνου PainAttitudesQuestionnaire (revised)- (PAC-r) σε Έλληνες ασθενείς με χρόνια πόνο» στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Νέες Μέθοδοι στη Φυσικοθεραπεία» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΩΤΗΣ ΛΣ (ΥΕ) Κ. ΑΡΑΠΙΤΣΑ ΠΝ  
ΑΡ. ΠΡΩΤ. : 6204/15.6.2020

2. Χειριστής: Αντιπλοίαρχος (ΥΝ) Ε. Μαντζάρα Π.Ν., Γραμματέας Ε.Σ./Ν.Ν.Α., τηλ 210 7261458-364



**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

Αντιπλοίαρχος (ΥΝ) Ε. Μαντζάρα Π.Ν

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Πλοίαρχος (ΥΙ) Χ. Αγγελόκοραϊκος ΠΝ