



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η γνώμη των στελεχών των ιατρείων πόνου των κρατικών νοσοκομείων για τον βελονισμό

Σπουδαστής:

Φάσσαρης Ανδρέας, Ιατρός (Α.Μ. 116)

Επιβλέπων καθηγητής:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2009

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ – ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

Το 1986 ο Merskey και η Διεθνής Εταιρία Μελέτης του Πόνου (International Association for the Study of Pain – IASP) ορίζουν τον πόνο ως ‘ μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, με υπαρκτή ή πιθανή ιστική βλάβη, ή περιγραφόμενη με όρους μιας τέτοιας βλάβης’ (Merskey 1986). Ο πόνος αρχικά διαχωρίζεται σε οξύ και χρόνιο (Αργυρά 2006). Ορίζεται, λοιπόν, ως οξύ πόνος ‘η φυσιολογική προβλεπόμενη απάντηση σε βλαπτικό, θερμικό και μηχανικό ερέθισμα. Ο οξύς πόνος οφείλεται σε διέγερση των υποδοχέων του πόνου από τραύμα, χειρουργική επέμβαση ή οξεία νόσο και θεωρείται σύμπτωμα , που από βιολογική άποψη έχει προειδοποιητική διάγνωση ή θεραπευτική αξία (Carr 1999, Αργυρά 2006).

Αντιθέτως ως χρόνιος πόνος ορίστηκε από τον ίδιο ως ‘ο πόνος που προέρχεται από τραύμα, αλλά διαιωνίζεται από παράγοντες οι οποίοι μπορεί τόσο αισθητικοί όσο και παθολογικοί, απομεμακρυσμένοι όμως από την αιτία’ και θεωρείται ασθένεια (Αργυρά 2006). Χρονικά δέχεται ότι πρέπει να είναι μακράς διάρκειας (περισσότερο από τρεις έως έξι μήνες) και να παρουσιάζει μικρή υποκείμενη παθολογία, η οποία δεν μπορεί να εξηγήσει την παρουσία ή/ και την έκταση του πόνου. Αν και ο παραπάνω ορισμός είναι αρκετά χρήσιμος, για λόγους εκπαιδευτικούς και κυρίως ερευνητικούς, σήμερα αποδεχόμαστε και άλλους ορισμούς του χρόνιου πόνου, πολύ πιο άμεσους. Ένας από αυτούς είναι ότι χρόνιος είναι ο πόνος που ‘επιμένει πέρα από το χρονικό διάστημα της φυσιολογικής επούλωσης, το οποίο μπορεί να υπολογιστεί σε τρεις μήνες’ (Merskey 1986). Το χρονικό διάστημα της φυσιολογικής επούλωσης όμως είναι γενικός όρος και διαφέρει ανάλογα την γενεσιουργό αιτία (Verhaak 1998), οπότε ερευνητές συχνά ορίζουν ως χρόνιο ή μακράς διάρκειας πόνο τον πόνο που αισθάνεται ο ασθενής για τουλάχιστον έξι μήνες και τον τελευταίο μήνα τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα (Breivik

2006) ή ‘καθημερινά για τρεις μήνες τους τελευταίους έξι’ (Blyth 2001). Καταλήγοντας έχει τονιστεί ότι ‘ενώ ο οξύς πόνος είναι λειτουργικός και μπορεί να θεωρηθεί μια κατά κύριο λόγο φυσιολογική αντίδραση στην ιστική βλάβη, στον χρόνιο πόνο πέρα από τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς συμπεριλαμβάνονται ψυχολογικοί και συμπεριφοριστικοί μηχανισμοί (Verhaak 1998).

Ο χρόνιος πόνος μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε αλγαισθητικό και νευροπαθητικό (WHO 1996). Ο αλγαισθητικός πόνος χρησιμοποιεί την αλγαισθητική οδό που είναι η φυσική απόκριση του οργανισμού σε ένα θερμικό, χημικό ή μηχανικό ερέθισμα και μπορεί να συμπεριλαμβάνει και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Hsieh 1995, DiPiero 1994, Casey 1994). Αντιθέτως ο νευροπαθητικός πόνος έχει ως αιτία μια αρχική αλλοίωση ή δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος (IASP Task Force on Taxonomy 1994). Το 2008 η American Academy of Neurology παρουσιάζει τον ορισμό του ‘πόνου που εμφανίζεται ως άμεση συνέπεια μιας βλάβης ή ασθένειας που επηρεάζει το σωματοαισθητικό σύστημα’ επιλύοντας προβλήματα του παλαιού ορισμού (Treede 2008). Είναι φανερό από τον ορισμό ότι στον νευροπαθητικό πόνο κατά τη στιγμή της εκδήλωσης των συμπτωμάτων δεν χρειάζεται η παρουσία κάποιου ιστικού ερεθίσματος.

Μια μεγάλη ακόμη κατηγορία είναι ο ψυχογενής πόνος, πόνος, δηλαδή, ‘που οφείλεται αποκλειστικά και μόνο σε συναισθηματικά αίτια ή γενικότερα σε ψυχική διαταραχή’ (Βαδαλούκα 2005) και ‘είναι ασύμφωνος με την ανατομική κατανομή του νευρικού συστήματος (Αργυρά 2006).

Μια ειδική, τέλος, κατηγορία είναι ο καρκινικός πόνος, η αιτία του οποίου μπορεί να είναι είτε η ίδια η νόσος είτε η θεραπεία της και έχει μεικτό χαρακτήρα, δηλαδή χρόνιο, οξύ ή/και ψυχογενή, οδηγώντας τον ασθενή στον καθολικό πόνο (Βαδαλούκα 2005).

Παρόλα αυτά θα πρέπει να τονιστεί ότι στον χώρο της μελέτης του πόνου οι ορισμοί και οι ταξινομήσεις είναι ένα θέμα μακράς και επίπονης συζήτησης (Bonica 1979), που ακόμη όμως και σήμερα δεν έχει διευθετηθεί (Bennett 2003, Breivik 2006).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Είναι χαρακτηριστικό ότι όταν τον Οκτώβριο του 1846, στο Massachusetts General Hospital της Βοστώνης έγινε η πρώτη επίδειξη της αναισθητικής δράσης του αιθέρα από τον οδοντίατρο William Morton, ο Oliver Wendell Holmes, διάσημος ιατρός της εποχής, δήλωνε ότι ‘η βαθύτερη ρυτίδα στο ροζιασμένο μέτωπο της αγωνιάς μαλάκωσε για πάντα’ (Brennan 2007). 160 έτη όμως μετά η αλήθεια είναι διαφορετική.

Την τελευταία δεκαετία πολλές έρευνες έχουν γίνει για τον επιπολασμό του πόνου. Το 1999 (Bassols 1999), είχε γίνει μια έρευνα επιπολασμού του πόνου στην Καταλονία της Ισπανίας, στην οποία συμμετείχαν 1964 άτομα, ηλικίας 20 – 91 ετών. Σε αυτή ρωτήθηκαν αν το τελευταίο εξάμηνο ένιωσαν κάποιο πόνο ανεξαρτήτου έντασης και διάρκειας. Θετικά απάντησαν το 85,6% των γυναικών και το 71,5% των ανδρών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την ύπαρξη πόνου στις ηλικιακές ομάδες, καταδεικνύοντας έτσι ότι ο πόνος, χρόνιος ή μη, είναι παρών από τις αρχές της ενήλικης ζωής μας. Το 46,6% εντόπιζαν τον πόνο στη ράχη, το 44,5% στην κεφαλή, το 34,6% στην κοιλιακή χώρα ενώ το 32,5 στα κάτω άκρα.

Το 2006 παρουσιάστηκε μια άλλη, μεγαλύτερη και πολυκεντρική, έρευνα για τον χρόνιο πόνο στην Ευρώπη (Breivik 2006). Σε αυτή συμμετείχαν περισσότερα από 46000 άτομα, από 15 ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ. Η έρευνα κατέδειξε ότι το 19% των ερωτηθέντων αισθάνονταν χρόνιο πόνο μέτριας ή σοβαρής έντασης, NRS > 5/10 (Αριθμητική Κλίμακα Αξιολόγησης, Numerical Rating Scale, NRS). Η αναλογία γυναικών προς άνδρες ήταν 56/44 και η ηλικιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο μέσο όρο στη NRS ήταν αυτή των 41-50. Η διάρκεια των

συμπτωμάτων ήταν παρατεταμένη με μόνο το 12% να αναφέρει πόνο για λιγότερο από 2 έτη. Η πλειοψηφία (60%) είχε άλγος του οποίου η χρονική διάρκεια ξεπερνούσε τα 2 έτη και έφτανε έως και τα 15, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό υπερέβαινε τα 20 έτη. Χαρακτηριστικό, δε, είναι το γεγονός ότι 34% των ασθενών με χρόνιο πόνο ανέφεραν ότι πολύ ισχυρό πόνο (NRS 8 το 20%, 9 το 7% 10 το 7%). Η συχνότερη εντόπιση με 47% ήταν ολόκληρη η ράχη, ακολουθούμενη από 24% που

ανέφεραν χρόνιο πόνο κάποιου πιο συγκεκριμένα στη ράχη. Συχνές ακόμη εντοπίσεις ήταν η οσφυ (18%), το γόνατο (16%) και η κεφαλή (15%). Συχνότερες παθολογικές αιτίες πόνου (ως ασθένειες ή σύνδρομα) ήταν η οστεοαρθρίτιδα (34%), η δισκοπάθεια/ μυελοπάθεια (15%), το τραύμα (12%), η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η κεφαλαλγίες (8% και 7% αντίστοιχα).

Το 2001 η Blyth et al. σε μια αντίστοιχη τηλεφωνική έρευνα στην Αυστραλία που περιελάμβανε περίπου 17500 άτομα ανέφερε ότι το 17,1% των ανδρών και το 20% των γυναικών υπέφεραν από χρόνιο πόνο. Η ηλικιακή ομάδα των ανδρών μεταξύ 65-69 ετών φαίνεται να υποφέρει περισσότερο από χρόνιο πόνο (27% των ερωτηθέντων), ενώ η αντίστοιχη των γυναικών ήταν αυτή μεταξύ 80-84 ετών με επιπολασμό 31% (Blyth 2001).

Ο Andersson το 1993 ανέφερε 30,2 % επιπολασμό πόνου στον αυχένα και ώμους και 23,2% στη ράχη (Andersson 1993). Αντίθετα άλλες εργασίες κατέδειξαν 43% επιπολασμό στη ράχη και 25,5% στα κάτω άκρα μεταξύ χρονίως πασχόντων (Bowshe 1991). Ο von Korff αντίστοιχα θέτει τον επιπολασμό της ραχιαλγίας στο 41% ενώ της κεφαλαλγίας στο 26% (von Korff 1988). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν πολλές άλλες έρευνες (Brattberg 1989, Crook 1984, James 1991). Χαρακτηριστικά δε, σε 3605 τυχαία επιλεγμένους κάτοικους της περιοχής Grampian του Ηνωμένου Βασιλείου η οσφυαλγία και η αρθρίτιδα αντιστοιχούσαν στο ένα τρίτο των εντοπίσεων του πόνου (Elliott 1999). Συγκεκριμένα η οσφυαλγία ήταν το συχνότερο παράπονο στους άνδρες και στις νεώτερες ηλικιακές ομάδες, ενώ η αρθρίτιδα στις γυναίκες και στις γηραιότερες ηλικιακές ομάδες.

Και ενώ τα παραπάνω ποσοστά επιπολασμού αναφέρονται σε ομάδες ατόμων τα οποία δεν βρίσκονται κατά τη διάρκεια της έρευνας σε κλειστούς οργανισμούς (όπως για παράδειγμα νοσοκομεία, ιδρύματα χρονίως πασχόντων κ.α.), διάφορες μελέτες (Shapiro 1994, Ferrell 1990, Ferrell 1995, Lau- Ting 1988) καταδεικνύουν ότι ο επιπολασμός του πόνου σε οίκους ευγηρίας μπορεί να φτάσει και το 80%.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Όλες οι παραπάνω έρευνες κατέδειξαν το γεγονός ότι οι ασθενείς οι οποίοι υποφέρουν από πόνο, επηρεάζονται σημαντικά και στις καθημερινές τους δραστηριότητες. 11% των ανδρών και 13,5% των γυναικών στην έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία (Blyth 2001) ανέφεραν ότι οι καθημερινές τους δραστηριότητες έχουν επηρεαστεί έστω και σε κάποιο βαθμό, με την ηλικιακή ομάδα των 55-59 τόσο στις γυναίκες (19,7%), όσο και στους άνδρες (17,2%) να δηλώνει το μεγαλύτερο ποσοστό .

Αντίστοιχα στην Καταλονία (Bassols 1999) το 20% των πασχόντων δηλώνουν ότι ο ύπνος τους έχει επηρεαστεί μετρίως, ενώ το 14,1% δήλωσαν σοβαρά. Όσον αφορά δε την ικανότητα τους να βγουν έξω από το σπίτι, το 13,6% πιστεύει ότι έχει επηρεαστεί μετρίως και το 11,3% σοβαρά. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 10,6% των ερωτηθέντων που έπασχαν από πόνο δήλωσε ότι η ικανότητα τους να κινηθούν μέσα στο σπίτι έχει επηρεαστεί από μετρίως έως σοβαρά.

Η ανάλογη ευρωπαϊκή έρευνα δεν μπορούσε παρά να διαπιστώνει παρόμοια γεγονότα. Το 40% των πασχόντων δήλωσαν ότι έχει κάπως επηρεαστεί η ικανότητα τους στο περπάτημα, ενώ το 7% ολοκληρωτικά. Το 24% δυσκολεύονται να οδηγήσουν και το 23% αδυνατούν πλήρως. Το 56% ανέφεραν κάποιες διαταραχές ύπνου, αλλά το 9% δεν μπορούσαν να κοιμηθούν καθόλου. Αντίστοιχα το 24% δήλωσαν ότι η ικανότητα τους να διατηρούν ένα ανεξάρτητο τρόπο ζωής έχει επηρεαστεί, ενώ το 6% επισήμαναν ότι δεν είναι πια σε θέση (Breivik 2006).

Παρόλο που ήταν από παλαιότερα γνωστό ότι ο πόνος έχει αντίκτυπο και στην ψυχολογική διάσταση του πάσχοντος (Gureje 2007, Miller 2009) οι παραπάνω έρευνες έδειξαν ότι το 35,7% των ασθενών νιώθουν ότι η συναισθηματική τους κατάσταση έχει επηρεαστεί μετρίως έως σοβαρά. Το 7,8% δηλώνει ότι ο πόνος έχει επηρεάσει αντίστοιχα τις σχέσεις τους με την οικογένεια (Bassols 1999) ενώ στην Ευρώπη το ποσοστό ανέρχεται στο 27%. Το, δε, 19% των ερωτηθέντων με χρόνια πόνο αδυνατεί να έχει σεξουαλικές σχέσεις (Breivik 2006). Επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι άτομα που πάσχουν από χρόνια πόνο είναι 4 φορές πιο πιθανό να πάσχουν από

κατάθλιψη σε σύγκριση με ομάδες που δεν πάσχουν (Gureje 1998), ενώ οι Magni et al σε μια έρευνα σε περισσότερα από 2800 άτομα έδειξαν ότι η αναλογία αυτή είναι περίπου 2 προς 1 (Magni 1990). Το 1991 είχε αναφερθεί ότι τα άτομα με χρόνια πόνο σε ποσοστό 57% έχουν εκδηλώσει τουλάχιστον ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Dworkin 1991). Γνωρίζουμε επίσης ότι η διάρκεια του πόνου στους χρονίως πάσχοντες σχετίζεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης (Fishbain 1997). Το 1996 ο von Korff μελετώντας 2138 ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης ανέφερε ότι ο βαθμός που ο πόνος επηρέαζε τις καθημερινές δραστηριότητες ήταν σε άμεση σχέση με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης που έπασχαν (von Korff 1996). Μια άλλη έρευνα με δείγμα 6247 ατόμων με παρακολούθηση των για 6 έτη, έδειξε ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο και κατάθλιψη είχαν 1,67 περισσότερες πιθανότητες να επηρεαστεί η καθημερινή τους δραστηριότητα, ενώ ειδικότερα για κινητική δυσλειτουργία ανέρχονταν στο 7,73 (Penninx 1999).

Τέλος, καθώς ο χρόνιος πόνος συνυπάρχει και με ποικίλα άλλα χρόνια νοσήματα, νεώτερες έρευνες έρχονται να καταδείξουν την σημασία του όχι μόνο σε ότι αφορά την ποιότητα ζωής. Για παράδειγμα έρευνα ανάμεσα σε 993 βετεράνους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έδειξε ότι ακόμη και μετά την καλή ρύθμιση της κατάστασης της γενικής υγείας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ο χρόνιος πόνος ήταν ο κυριότερος περιοριστικός παράγοντας για την εκπλήρωση των θεραπευτικών οδηγιών, που είναι σημαντικές για την ελάττωση των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη (Krein 2005).

Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Πολλοί κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν τον χρόνιο πόνο, δίνοντας του μια πολυεπίπεδη υπόσταση. Αρχικά το φύλο κατά καιρούς αναφέρεται ότι συσχετίζεται με τον πόνο (Elliott 1999), ενώ κατά άλλες έρευνες η συσχέτιση δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Andersson 1993). Αν και κάποια νοσήματα που προκαλούν χρόνιο πόνο σχετίζονται με το φύλο (Elliott 1999) ο συνολικός επιπολασμός του είναι ακόμη υπό συζήτηση. Λογικά σημαντική συσχέτιση υπάρχει και με την ηλικία, με τις ενδιάμεσες ηλικιακές ομάδες (περίπου την πέμπτη δεκαετία της ζωής) πιο επιρρεπείς στο χρόνιο άλγος (Elliott 1999, Andersson 1993, Bassols 1999, Blyth 2001). Οι παραπάνω έρευνες επίσης κατέδειξαν την ισχυρή συσχέτιση του πόνου με το χαμηλό μορφωτικό καθώς και επαγγελματικό επίπεδο. Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω ο χρόνιος πόνος σχετίζεται με το γυναικείο φύλο, ηλικίας άνω των 45 ετών, την οικογενειακή κατάσταση (μεγαλύτερη συσχέτιση με άτομα διαζευγμένα ή σε χηρεία), με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και χαμηλή αυτοεκτιμώμενη κατάσταση υγείας (Eriksen 2003).

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως ο πόνος επηρεάζει την καθημερινή δραστηριότητα, της οποίας η εργασιακή συνιστώσα έχει μελετηθεί ενδελεχώς. Στην έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία ο λόγος των ανέργων λόγω χρόνιου άλγους προς αυτών λόγω κάποιας άλλης αιτίας ήταν περίπου 7 προς 1 (Blyth 2001). Στην αντίστοιχη ευρωπαϊκή υπολογίζεται ότι χάθηκαν κατά μέσο όρο 7,8 εργάσιμες μέρες ανά εξάμηνο ανά συμμετέχοντα στην έρευνα. (Breivik 2006). Παράλληλα στην ίδια έρευνα το 29% των πασχόντων δήλωσαν ότι είναι λιγότερο ικανοί να εργαστούν εκτός οικίας, ενώ καθόλου ικανοί για εργασία δήλωσε το 32%, με το 19% να έχει χάσει την εργασία του. Παρομοίως το 13,3% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην μελέτη που διεξήχθη στην Καταλονία ανέφεραν ότι ικανότητα τους στον επαγγελματικό τομέα έχει επηρεαστεί σοβαρά (Bassols 1999). Συγκεκριμένα το 69,3% των ασθενών δήλωσαν ότι η

επαγγελματική τους δραστηριότητα περιορίστηκε έως και 7 ημέρες το τελευταίο εξάμηνο, ενώ το 10,6% νιώθουν χρονίως (περισσότερο των έξι μηνών) περιορισμένοι.

Η οικονομική διάσταση είναι ακόμη πιο εντυπωσιακή. Στις ανεπτυγμένες χώρες τα έξοδα υγείας που προέρχονται από τον πόνο αντιστοιχούν στο 2,8% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Sternbach 1986). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής υπολογίστηκε ότι χάνονται περίπου 4000 εκατομμύρια εργάσιμες μέρες το χρόνο (περίπου 23 μέρες ανά άτομο ανά χρόνο), οι οποίες αν υπολογιστούν ως πλήρης απασχόλησης αγγίζουν τα 550 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο (Sternbach 1986). Έρευνα έδειξε ότι το κόστος του συστήματος υγείας σε μια ευρωπαϊκή χώρα αντιστοιχεί στο ένα τρίτο των συνολικών εξόδων υγείας, ή αλλιώς στο 1,5 του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος, ενώ σε κάποιες άλλες είναι τρεις φορές περισσότερο από τα έξοδα για όλου του τύπου καρκίνους (Phillips 2006).

ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Το 1996 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ., World Health Association – WHO), παίρνοντας υπ’ όψιν τις σημαντικές αλλαγές που συνέβαιναν στο χώρο του πόνου, αποφασίζει να ανανεώσει τις κατευθυντήριες οδηγίες του 1986 και εκδίδοντας το Cancer Pain Relief, with a guide to opioid availability. Αν και το σύνολο των οδηγιών απευθύνονταν στον καρκινικό πόνο, σύντομα οι οδηγίες αυτές χρησιμοποιήθηκαν και σε ασθενείς με χρόνιο καλοήγηες άλγος (Eisenberg 2005).

Αρχικά θα πρέπει να εκτιμηθεί ο πόνος. Η WHO πρότεινε τον παρακάτω αλγόριθμο (WHO 1996):

- i. Πίστη σε αυτά που αναφέρει ο ασθενής. Καθώς ο πόνος είναι ένα καθαρά υποκειμενικό και πολυδιάστατο αίσθημα μοναδικό σε κάθε άνθρωπο (Kumar

2002, Clark 2002.) είναι απαραίτητο ο θεράπωντας να πιστέψει αυτά που του αναφέρονται από τον πάσχοντα.

- ii. Θα πρέπει να γίνουν αρχικές συζητήσεις γενικότερα για τον πόνο, παρατηρώντας μορφασμούς πόνου στον ασθενή, όσο και παρατηρήσεις από το περιβάλλον (θεραπευτικό ή κοινωνικό) του
- iii. Εκτίμηση της έντασης και του χαρακτήρα του πόνου, με την χρήση διαφόρων υποκειμενικών συνήθως εργαλείων όπως είναι η Οπτική Αναλογική Κλίμακα Αξιολόγησης (Visual Analogue Scale - VAS), η Προφορική Κλίμακα Πόνου (Verbal Pain Scale - VPS), η Αριθμητική Κλίμακα Αξιολόγησης (Numeric Rating Scale - NRS) (Jensen 2004, Breivik 2006).
- iv. Λεπτομερές ιστορικό πόνου που να περιλαμβάνει τις ακριβείς εντοπίσεις του πόνου και την κατανομή του, τις χρονικές στιγμές και τις δραστηριότητες που ελαττώνουν ή εντείνουν το άλγος.
- v. Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς
- vi. Θα πρέπει να γίνει μια λεπτομερή φυσική εξέταση για να βοηθήσει στην διάγνωση καθώς και στην αναγνώριση νοσημάτων, άμεσα απειλητικών για τη ζωή του ασθενούς.
- vii. Θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές μορφές ελέγχου του πόνου, όπως για παράδειγμα οι χειρουργικές επεμβάσεις, η χημειοθεραπεία ή η Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (Complementary and Alternative Medicine – CAM) και τέλος
- viii. Πάντοτε η εκτίμηση να συνεχίζει στον χρόνο καθώς αλλαγές της κατάστασης μετά από κάποιο χρονικό διάστημα δεν είναι καθόλου σπάνιες.

ΚΥΡΙΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Από τις πρώτες σελίδες ακόμη των κατευθυντήριων οδηγιών του WHO το 1986 (WHO 1996), δηλώνεται ρητώς ότι η φαρμακευτική θεραπεία είναι το κύριο

μέσο για την διαχείριση του πόνου (καλοήθους ή κακοήθους μορφής). Η χορήγηση των φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την προτεινόμενη Κλίμακα του WHO (three step analgesic ladder). Κατά αυτή το πρώτο βήμα είναι η χορήγηση μη οπιοειδών φαρμάκων με ή χωρίς συγχώρηση συμπληρωματικών φαρμάκων (όπως αντιεπιληπτικά, αντικαταθλιπτικά) και αν ο πόνος επιμένει ή και αυξάνεται τη χορήγηση ηπίων οπιοειδών με ή χωρίς συγχώρηση μη οπιοειδών και συμπληρωματικών φαρμάκων (2^ο βήμα). Αν ο πόνος ακόμη επιμένει ή η ένταση του αυξάνεται, προτείνεται το 3^ο βήμα με την χορήγηση ισχυρών οπιοειδών με ή χωρίς τη συγχώρηση μη οπιοειδών και συμπληρωματικών φαρμάκων (WHO 1996).

Οι κατηγορίες φαρμάκων που προτείνονται είναι (WHO 1996, IASP 2005):

- i. Τα Μη οπιοειδή αναλγητικά όπως τα Μη-Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ ή Non-Steroid Anti Inflammatory Drugs, NSAID), η παρακεταμόλη, το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, τα οποία (ιδίως τα NSAID) θεωρούνται φάρμακο εκλογής σε οστικές μεταστάσεις, πόνο των μαλακών ιστών και διηθήσεων των μυών. Παρόλα αυτά παρουσιάζουν φαινόμενο οροφής (πέρα από κάποια δοσολογία, η περεταίρω αύξηση της δεν αυξάνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα).
- ii. Τα ισχυρά οπιοειδή, όπως η μορφίνη, οξυμορφίνη, ηρωίνη, φεντανύλη.
- iii. Τα ήπια οπιοειδή όπως κωδεΐνη και τραμαδόλη, τα οποία θεωρούνται ότι σε αναλγητικά ισοδύναμες δόσεις έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα ισχυρά - αν και υπάρχουν κάποιες διαφορές (Ballantyne 2002), ο διαχωρισμός τους είναι περισσότερο για εκπαιδευτικούς λόγους.
- iv. Τα αντικαταθλιπτικά όπως τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, νορτριπτυλίνη, ιμιπραμίνη, χλωριμιπραμίνη, δοξεπίνη), τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, σιταλοπράμη, παροξετίνη), τους αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (βενλαφαξίνη, ντουλοξετίνη), τα οποία συνήθως δίνονται για τον νευροπαθητικό πόνο και σε μικρότερες της αντικαταθλιπτικής τους δράσης δοσολογίες.
- v. Τα αντιεπιληπτικά όπως τα παλαιότερης γενιάς καρβαμαζεπίνη και φαινυτοΐνη ή τα νεότερα γκαπαπεντίνη και πρεγκαμπαλίνη, τα οποία καταλαμβάνουν εξέχουσα θέση στον νευροπαθητικό πόνο.
- vi. Τα κορτικοειδή

- vii. Τα συμπληρωματικά φάρμακα, φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των παρενεργειών των παραπάνω φαρμάκων, όπως η μετοκλοπραμίδη και η οντασετρόνη για την ναυτία, τα υπακτικά και την μεθυλνάλτρεξόνη (Thomas 2008) για την δυσκοιλιότητα, οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων για την πρόληψη γαστρορραγιών, τα αντιισταμινικά για τον κνησμό.

ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως τα οπιοειδή χωρίζονται σε ισχυρά και ήπια και αποτελούν το φάρμακο εκλογής για τον μετρίου και ισχυρής έντασης πόνο (Holtman 2007). Οι παρενέργειες των οπιοειδών είναι συχνές, με το 80% των ασθενών να έχουν υποστεί τουλάχιστον μια (Kalso 2004), Στις περισσότερες από τις αυτές αναπτύσσεται ανοχή με την πάροδο κάποιων ημερών από την έναρξη της θεραπείας (WHO 1996, McNicol 2003, Eriksen 2006):

- i. Η δυσκοιλιότητα, στην οποία ο ασθενής δεν αναπτύσσει ανοχή, με ποσοστό 41% (Kalso 2004)
- ii. Η ναυτία με ποσοστό 32% (Kalso 2004) ή/και ο έμετος, σε συνολικό ποσοστό μεγαλύτερο του 50% (WHO 1996)
- iii. Υπνηλία με ποσοστό 29% (Kalso 2004) και σύγχυση. Οι πρώτες τρεις παρενέργειες είναι οι περισσότερο συχνές με Number Needed to Harm να είναι 3-5 (Kalso 2004).
- iv. Αναπνευστική καταστολή, η οποία αποτελεί την πιο επικίνδυνη παρενέργεια
- v. Τη φυσική εξάρτηση που αναπτύσσεται, για την οποία η διακοπή της θεραπείας των οπιοειδών πρέπει να γίνεται σταδιακά (μείωση κατά 25% της δόσης ανά 3 με 4 ημέρες μέχρι την πλήρη διακοπή)
- vi. Ανάπτυξη ανοχής, φαινόμενο που συνίσταται στο ότι με την πάροδο του χρόνου για να επιτευχθεί το ίδιο αναλγητικό αποτέλεσμα χρειάζονται όλο και

υψηλότερες δόσεις και συνήθως το πρόβλημα επιλύεται με αλλαγή της φαρμακευτικής ουσίας (opiorid rotation).

- vii. Μη φυσιολογική ευαισθησία στο πόνο (Mao 2006, Holtman 2007, Ballantyne 2003) που φέρει τα χαρακτηριστικά του νευροπαθητικού πόνου και απαντά συνήθως στην διακοπή των οπιοειδών.
- viii. Ο εθισμός, που είναι η συνεχής καταναγκαστική χρήση των οπιοειδών, παρόλη τη βλάβη που προκαλούν στο άτομο και τέλος
- ix. Η γνωσιακή ανικανότητα και ανικανοποίηση.

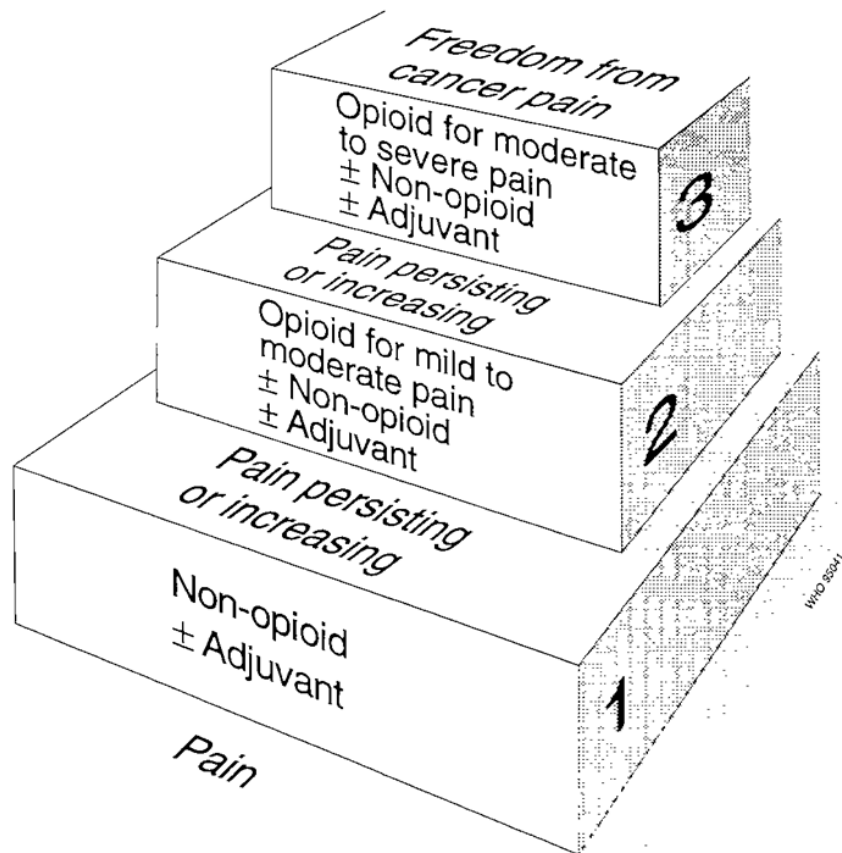
Ο κυριότερος τρόπος χορήγησης των φαρμάκων είναι per os (από το στόμα) (WHO 1996, IASP 1994), αν και σύμφωνα με τους παραπάνω οργανισμούς μπορούν να χορηγηθούν και διορθικά, υποδορίως, ενδοφλεβίως, διαδερμικά και επισκληριδίως. Τονίζεται, δε, ότι θα πρέπει να αποφεύγεται η ενδομυϊκή χορήγηση.

ΚΑΝΟΝΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ

Η μεγάλη καινοτομία που εισήγαγε ο WHO, ήδη από την πρώτη έκδοση των κατευθυντηρίων οδηγιών της το 1986 (WHO 1996) ήταν οι κανόνες χρήσης των αναλγητικών. Ειδικότερα τα αναλγητικά δίνονται:

- i. Από το στόμα (by mouth). Καθώς οι ασθενείς με χρόνια πόνο αναγκάζονται να χρησιμοποιούν τα φάρμακα για μακρές περιόδους, ο πιο φθηνός, σταθερός και με τις λιγότερες επιπλοκές τρόπος χορήγησης είναι από το στόμα.
- ii. Με το ρολόι (by the clock). Τα φάρμακα χορηγούνται σε καθορισμένες σταθερές χρονικές στιγμές, και όχι μόνο επί πόνου.
- iii. Σύμφωνα με την κλίμακα (by the ladder).

Fig. 1. The three-step analgesic ladder



Picture 1 Η αναλγητική κλίμακα του WHO από το “Cancer Pain Relief” του 1986.

- iv. Για κάθε ασθενή ξεχωριστά (for the individual). Δεν υπάρχουν προκαθορισμένες δόσεις. Η ‘σωστή’ δόση είναι αυτή που απαλύνει τον πόνο του ασθενούς. Το αίσθημα του πόνου σε κάθε ασθενή και η αντίδραση του στην θεραπεία είναι μοναδικά για τον καθένα.
- v. Με προσοχή στη λεπτομέρεια (attention to detail). Μικρές λεπτομέρειες, όπως για παράδειγμα η αφύπνιση του ασθενούς στο μέσο του ύπνου του για να λάβει το φάρμακο του, μπορεί να είναι σοβαρός λόγος να διακόψει την θεραπεία.

ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ (ΤΟ ΤΕΤΑΡΤΟ ΣΚΑΛΟΠΑΤΙ?)

Ο WHO όταν δημοσίευε την αναλγητική κλίμακα, ήδη δήλωνε ότι η επιτυχία της εφόσον τηρηθούν σωστά οι κανόνες της, μπορεί να αγγίζει και το 90%. Το εναπομείναν 10% όμως εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει ασθενείς και μάλιστα όχι λίγους τον αριθμό (Eisenberg 2005). Πλήθαιναν οι απόψεις ότι ίσως θα πρέπει να προστεθεί ένα τέταρτο σκαλοπάτι για να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις (Eisenberg 2005, Goudas 2001, Smith 2002, Wong 2001). Μεγάλοι οργανισμοί όπως η IASP, αντιλαμβανόμενοι το κενό που παρουσιάζεται, προτείνουν συμπληρωματικές λύσεις (IASP 2005):

- Πολύ συχνά χρησιμοποιούμενες επεμβατικές αναισθησιολογικές πράξεις προτείνονται για την θεραπεία του χρόνιου πόνου, όπως κεντρικοί ή περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί, ενέσεις σε trigger points, επισκληριδίας έγχυση κορτικοειδών, ενδοραχιαία έγχυση οπιοειδών, που όμως ο θεράπωντας θα πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά τις ενδείξεις, τους κινδύνους και τις επιπλοκές.
- Η χειρουργική παρέμβαση, όπως περιφερική νευρεκτομή, οπισθιωνωτιαία ριζεκτομή, πεταλεκτομή, συμπαθεκτομή. Τα τελευταία 10 περίπου χρόνια μελέτες, που διενεργήθηκαν σε άτομα με σοβαρή μυελοπάθεια οσφυϊκής χώρας, ανέφεραν καλύτερη διαχείριση του πόνου και της ανικανότητας εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων σε σύγκριση με ασθενείς υπό φαρμακευτική αγωγή μόνο (Fritzell 2001). Αν κ το δείγμα των ασθενών ήταν συνήθως μικρό και όχι τυχαιοποιημένο, μακροχρόνιες συγχρονικές

μελέτες έδειξαν ότι ενώ βραχυπρόθεσμα τα αποτελέσματα ήταν καλύτερα όσον αφορά την λειτουργικότητα και το επαγγελματική ικανότητα, μακροπρόθεσμα ασθενείς που είχαν είτε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση

είτε λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή μόνο τύγγαναν παρόμοιας έκβασης (Birkmeyer 1999).

- Όπως προαναφέρθηκε η συννοσηρότητα του χρόνιου πόνου και ψυχιατρικών παθολογιών είναι υψηλή (Gureje 2007), οπότε και η IASP προτείνει την ψυχιατρική επίβλεψη ασθενών στους οποίους κρίνεται αναγκαία.
- Η ψυχοθεραπεία (με εξέχουσα την γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία – Cognitive Behavioral Therapy, CBT) επίσης κρίνεται βοηθητική σε ασθενείς με χρόνια πόνο. Ήδη από το 1993 είχε αναφερθεί ότι οι περισσότεροι ιατροί, ψυχολόγοι και άλλοι κλινικοί που εργάζονται σε προγράμματα αντιμετώπισης του πόνου προτιμούν την συνδυασμένη ψυχο- φαρμακευτική προσέγγιση (Tota-Faucette 1993). Αρκετές, δε, μελέτες υποστηρίζουν ότι η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία είναι αποτελεσματική σε ποικίλες καταστάσεις χρόνιου άλγους, όπως για παράδειγμα στην επώδυνη νόσο δρεπανοκυτταρικής αναιμίας (Chen 2004), την αρθρίτιδα (Wilson 1996) και την κεφαλαλγία (Eccleston 2002). Στην τελευταία φάνηκε ότι ήταν 9,6 φορές πιθανότερο να ελαττωθεί η κεφαλαλγία κατά 50%, ενώ το Numbers Needed to Treat ήταν 2.32 (Eccleston 2002). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι η τα άτομα της ομάδας που αντιμετωπίστηκε και με γνωσιακή συμπεριφοριστική για χρόνια κροταφογναθικό άλγος, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και δεν είχαν καμία υποτροπή του άλγους για 12 μήνες, ήταν 3 φορές περισσότερα, 35% με 13% αντίστοιχα (Turner 2006). Επιπρόσθετα η ομάδα της CBT είχε κλινικά σημαντικότερη βελτίωση τόσο στην ένταση του πόνου και στη λειτουργικότητα, όσο και στην ψυχολογική τους κατάσταση (Turner 2006).
- Οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές, τέλος, θεραπείες (Complementary and Alternative Therapies – CAT), θεραπείες δηλαδή που δεν ανήκουν στην ‘συμβατική, κλασσική’ ιατρική, προτείνονται. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική, το Reiki, η Παραδοσιακή Κινεζική Ιατρική, οι οποίες συχνά αναφέρει η IASP είναι θεραπείες που ο ασθενής πιο πριν θα έχει δοκιμάσει αυτοβούλως.

ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ήδη από το 1986 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δηλώνει ότι ‘η εκτίμηση και η θεραπεία του καρκινικού πόνου επιτυγχάνεται σε μέγιστο βαθμό από ομαδική προσέγγιση’ (WHO 1996). Σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και άλλες ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες από την δεκαετία του 1950, αρχίζουν και δημιουργούνται τα πρώτα Κέντρα Αντιμετώπισης του Πόνου, που τα στελεχώνουν θεράποντες διαφόρων ειδικοτήτων (Multidisciplinary Pain Centers – MPC) (Flor 1992, Turk 1998). Καθώς αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι θεράποντες γενικά έχουν ανεπαρκή εκπαίδευση στην διαχείριση και την αντιμετώπιση του πόνου, τα κέντρα πόνου παρέχουν μια πιο επαρκή και ολοκληρωμένη προσέγγιση (Elliott 1992, von Roenn 1993, Vainio 1995, Flor 1992). Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το 43% των ιατρών δεν πιστεύουν ότι πρέπει να είναι ο κύριος θεράπωντας σε ασθενείς με χρόνια καλοήγη πόνο, ενώ μόνο το 34% ένιωθε άνετα και ικανό να αντιμετωπίσει τον χρόνια πόνο (O’ Rourke 2007). Συχνά όμως οι ασθενείς παραπέμπονται σε αυτά αργά, μόνο όταν η μέχρι στιγμής θεραπεία τους από άλλους ειδικούς έχει αποτύχει (Thomsen 2002).

Χαρακτηριστική σύνθεση ενός τέτοιου κέντρου είναι αυτή που αναφέρεται σε μια μελέτη στη Δανία, που διεξήχθη στο Multidisciplinary Pain Center του National Hospital στην Κοπεγχάγη (Thomsen 2002). Αυτό στελέχωναν 3 ειδικοί ιατροί στην αντιμετώπιση του πόνου (pain specialists) που ήταν αναισθησιολόγοι, 2 ψυχολόγοι, ένας φυσιοθεραπευτής, ένας κοινωνικός λειτουργός, 4 νοσηλεύτριες και 4 γραμματείς. Όταν κρίνονταν αναγκαίο με το κέντρο πόνου συνεργάζονταν και άλλοι ειδικοί (ψυχίατρος, νευρολόγος νευροχειρουργός, εργοθεραπευτής και διαιτολόγος (Thomsen 2002). Γενικά προτείνεται η ομάδα να στελεχώνεται από αναισθησιολόγο, ογκολόγο, ακτινοθεραπευτή, νευροχειρουργό, γενικό χειρουργό, ψυχίατρο και ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, φυσιοθεραπευτή, ιερέα και εθελοντές (Βαδαλούκα 2005).

Στη παραπάνω μελέτη τα 162 άτομα που εν τέλει συμμετείχαν, μετά το περάς της θεραπείας αποκόμισαν καλύτερα αποτελέσματα στην υποκατηγορία του σωματικού πόνου στο SF-32 (Short Form 32, ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την ποιότητα ζωής), στο PGWB index (Psychological General Well- Being index), καθώς και στις υποκατηγορίες του PGWB index για τη ζωτικότητα και τη γενική υγεία (Thomsen 2002). Θετικά αποτελέσματα, δε, έδειξαν και κατά την μακρόχρονη παρακολούθηση τους. Μια πολυκεντρική μετά - ανάλυση στα Multidisciplinary Pain Centers, που περιελάμβανε 65 άρθρα πάνω στο θέμα, έδειξε ότι ήταν αποτελεσματικά (Flor 1992). Ακόμη και μετά από μακρόχρονη παρακολούθηση οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν πολυδιάστατα παρουσίασαν βελτίωση από το 75% των ομάδων που δεν είχαν λάβει θεραπεία ή αντιμετωπίστηκαν από με την ‘κλασσική’ μονοδιάστατη προσέγγιση (Flor 1992).

Ένας από τους πιο αντικειμενικούς δείκτες αντιμετώπισης του πόνου είναι η ικανότητα για εργασία των ασθενών με χρόνιο πόνο και ο αριθμός των αναρρωτικών αδειών λόγω του προβλήματος τους. Στην μελέτη που διενεργήθηκε στη Δανία, πριν από την έναρξη της θεραπείας το 13% των ασθενών προσωρινά δεν εργάζονταν, κατά τη διάρκεια αυτής το ποσοστό μειώθηκε στο 9% και μετά το περάς αυτής στο 4% (Thomsen 2002). Στην ίδια ερευνα παρουσιάστηκε μια δραματική πτώση στα έξοδα από επιδόματα υγείας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, που συνεχίστηκε και κατά την περεταίρω παρακολούθηση (follow – up). Γενικά η μείωση των εξόδων από τα επιδόματα πριν και μετά έφτασε το 60% (Thomsen 2002). Η μετά - ανάλυση, δε, της Flor έδειξε ότι τα άτομα που αντιμετωπίστηκαν στα Multidisciplinary Pain Centers ήταν 2 φορές πιο πιθανό να γυρίσουν στην εργασία τους από αυτούς που δεν έλαβαν θεραπεία ή που αντιμετωπίστηκαν με την ‘κλασσική’ προσέγγιση (68% με 36% αντίστοιχα) (Flor 1992). Αν και γενικά τα Multidisciplinary Pain Centers θεωρούνται μια ακριβή επιλογή για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και τα συστήματα υγείας προτιμούν να πληρώσουν για παράδειγμα μια χειρουργική αποκατάσταση από αυτή που παρέχουν τα κέντρα πόνου (Thomsen 2002), υπάρχουν απόψεις που τονίζουν ότι τα MPCs μπορούν να αποσοβήσουν δισεκατομμύρια δολάρια και να παράσχουν καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Turk 1998).

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με τον όρο βελονισμό, εννοούμε "ένα παραδοσιακό κινέζικο σύστημα θεραπείας, στον οποίο μακριές, λεπτές βελόνες τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία. Ο βελονισμός έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικός στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού άλγους, της ναυτίας κατά την εγκυμοσύνη, την ναυτία και τον έμετο μετά την χημειοθεραπεία και την οδονταλγία. Μπορεί επίσης να ανακουφίσει στις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές πανικού και την αϋπνία, με ελάχιστες παρενέργειες." (WHO 2002). Σύμφωνα με τη θεωρία δράσης ταξινομείται και στις θεραπείες ερεθισμού (stimulatory therapy) (NIH 1997, IASP 2005)

Κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική (Traditional Chinese Medicine - TCM) χρησιμοποιούνται 365 σημεία, που βρίσκονται κατά την πορεία των μεσημβρινών, "αγωγών" δηλαδή που διατρέχουν το ανθρώπινο σώμα. Οι μεσημβρινοί κατατάσσονται ανάλογα με το βάθος της στοιβάδας του "αρδεύουν" (για παράδειγμα οι διακεκριμένοι είναι επιφανειακότεροι των τενοντομυικών) και το

όργανο του οποίου την ενέργεια άγουν. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι τα όργανα, 12 τον αριθμό, κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική δεν έχουν ιδιαίτερη σχέση με την ανατομική τοποθεσία και την βιο-φυσιολογική λειτουργία που έχουν για την Δυτική Ιατρική (Kaptchuk 2002). Η παθογένεια ενός νοσήματος σύμφωνα με αυτή την θεωρία έγκειται στην σωστή ποσότητα, ποιότητα και ροή μέσα στο σώμα της ενέργειας Qi (Chi). Η ενέργεια αυτή έχοντας μια φιλοσοφική βάση δύσκολα εξηγείται. Υπάρχουν δυο βασικά συστήματα διάγνωσης των νοσημάτων κατά τους αρχαίους Κινέζους, που αμφότερα στηρίζονται στην ενέργεια Qi: το σύστημα Yin – Yang και η Θεωρία των Πέντε Στοιχείων(Kaptchuk 2002)

ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Και παρ' όλη την γενική άποψη ότι ξεκίνησε στην Κίνα πριν από περίπου 3000 χρόνια, πολύ λίγες ιστορικές αποδείξεις υπάρχουν που να το επιβεβαιώνουν (Ernst 2006) Το πρώτο όμως αμιγώς βελονιστικό κείμενο θεωρείται το Huang Ti Neijing (Η κλασσική ιατρική του Κίτρινου Αυτοκράτορα) του 100 π.Χ. (Ma 1992, White 2004). Το πρώτο εγχειρίδιο βελονιστικής τεχνικής βρίσκεται στα αρχεία του Shi Chi, από το 90 π.Χ. (Basser 1999). Από τον 2^ο αιώνα μ.Χ. και μετά ο βελονισμός ακμάζει (White 2004) έως και τον 10ο αιώνα μ.Χ. ο βελονισμός επιδέχεται τροποποιήσεις που οδηγούν στην τελική του μορφή (Ma 1992). Κατά τη δυναστεία των Ming (1368 – 1644 μ.Χ.) τυπώνεται "η Μεγάλη Σύνοψη του Βελονισμού και Moxa" (The Great Compendium of Acupuncture and Moxibustion), η οποία θεωρείται το σύγγραμμα που περιέχει το βελονισμό της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής, όπως τη γνωρίζουμε σήμερα (White 2004) Από τα τέλη του 17ου αιώνα η επιρροή του δυτικού πολιτισμού στην Κίνα γίνεται έντονη (Basser 1999). Το 1822 με αυτοκρατορικό διάταγμα ο βελονισμός δεν συμπεριλαμβάνεται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Αυτοκρατορικής Ιατρικής Σχολής (White 2004. Το 1929 ένα άλλο διάταγμα απαγορεύει πλήρως την άσκηση και ενασχόληση με το βελονισμό, καθώς και άλλες μορφές παραδοσιακής ιατρικής. Σχεδόν τίποτα δεν θα αλλάξει και με την εγκατάσταση του Κομμουνιστικού Κόμματος της Κίνας στην κυβέρνηση, μέχρι την Πολιτιστική Επανάσταση του 1967 όπου ο εμπνευστής και ηγέτης της Mao Tse Tung με τη διάσημη φράση του "αφήστε όλα τα λουλούδια να ανθίσουν" αποκαθιστά την

παραδοσιακή ιατρική, συμπεριλαμβανομένου και του βελονισμού(Basser1999). Τα κίνητρα φαίνεται να είναι εθνικιστικά καθώς και το πρακτικό πρόβλημα της τρομερής έλλειψης πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αχανείς εκτάσεις της επικράτειας. Χαρακτηριστικό γεγονός αποτελεί ότι όταν ο ίδιος ο Mao Tse Tung νόσησε δεν δέχθηκε τη παραδοσιακή θεραπεία, λέγοντας "ακόμα και αν πιστεύω ότι πρέπει να προωθούμε την Παραδοσιακή Ιατρική, εγώ προσωπικά δεν πιστεύω σε αυτή. Δεν παίρνω παραδοσιακά φάρμακα...". Τότε δημιουργείται ο διεθνής όρος TCM (Traditional Chinese Medicine - Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική) και ένα πλήθος ερευνητικών ιδρυμάτων (White 2004). Η παραδοσιακή ιατρική της Κίνας για πρώτη φορά είναι διαθέσιμη και σε δυτικού τύπου νοσοκομεία. Αυτή την εποχή από τον prof. Han, στο Πεκίνο, ξεκινάει μια προσπάθεια εξήγησης του βελονισμού μέσω της δυτικής Φυσιολογίας (Han 1982)

Παρ' όλα αυτά η πρώτη ιστορική επαφή δυτικών με την ανατολική Ιατρική περιγράφεται το 1671, το πρώτο όμως βιβλίο βελονισμού που εκδόθηκε στη Δύση το 1676 στο Λονδίνο (Kaplan 1997). Από τότε πολλά συγγράμματα εκδίδονται σε Γαλλία, Αγγλία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής μέχρι το 1823 που εμφανίζεται στο περιοδικό The Lancet το άρθρο 'Acupuncture' (Kaplan 1997, White 2004).

Από τα μέσα του 19ου αιώνα και για μια εκατονταετία ακόμη ο βελονισμός φαίνεται να χάνει το μαζικό ενδιαφέρον των προηγούμενων ετών στη Δύση, μέχρι που η χειρουργική επέμβαση του αρθρογράφου των New York Times, James Reston, που ακολουθούσε την επίσημη επίσκεψη του υπουργού Εξωτερικών των Η.Π.Α. Henry A. Kissinger στην Κίνα, στις 11 Ιουλίου 1971 στο Anti – Imperial Hospital του Πεκίνου επαναφέρει τον βελονισμό στο προσκήνιο(White 2004). Ο Αμερικανικός Οργανισμός φαρμάκων (Food and Drug Administration - FDA) το 1973 κατέταξε τις βελόνες στη τάξη III, δηλαδή ως πειραματικό υλικό που χρησιμοποιείται μόνο κάτω από πρωτόκολλο έρευνας. Το 1982 η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Los Angeles (UCLA Medical School) προσφέρει προγράμματα (Kaplan 1997). Το FDA το 1993 υπολογίζει σε 0,5 δισ. \$ το ετήσιο κόστος για βελονιστική θεραπεία. Ο ίδιος οργανισμός το 1996 κατατάσσει τις βελόνες στην τάξη II, ιατρικά εργαλεία δηλαδή διαθέσιμα στο εξειδικευμένο προσωπικό και εγγυάται για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του σε πέντε σύνδρομα (Eskinazi 1996). Το 1997 τόσο το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. (National Institutes of Health - NIH) (NIH 1997), όσο και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (American Medical Association -

AMA), εισάγουν τον βελονισμό και επίσημα στον ιατρικό κόσμο (Marwick 1997). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2002 εκφράζει την άποψη ότι ο βελονισμός έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να συμπεριληφθεί θεραπευτικά σε 28 σύνδρομα (WHO 2002), ενώ τον ακολουθεί σύντομα και η IASP, όπου αναφέρει ότι ο βελονισμός εισάγει "αναλγησία που παράγεται από περιφερικό ερεθισμό (IASP 2005).

Το 2002 το NIH διενέργησε μια έρευνα, της οποίας τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 8,2 εκατομμύρια ενήλικων στις Η.Π.Α. έχουν υποβληθεί σε κάποια βελονιστική θεραπεία, με 2,1 εκατομμύρια τα αμέσως προηγούμενα έτη (NCCAM 2007). Στην Ευρώπη και συγκεκριμένα στη Γαλλία, έρευνα του 1994 έδειξε ότι το 21% του πληθυσμού έχει υποβληθεί σε βελονιστική θεραπεία (Fisher 1994) ενώ μεγάλο ποσοστό των ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου (25%) τον ασκούν (White 1997). Στην Ιαπωνία περίπου 10.000 ιατροί ασκούν βελονισμό (Fratkin 1999). Στις Η.Π.Α. 40 πολιτείες θεωρούν ότι η άσκηση του βελονισμού καλύπτεται από την άδεια του ιατρού, ενώ σε άλλες 11 οι ιατροί υποχρεούνται σε περαιτέρω εκπαίδευση 200-300 ωρών (Kaplan 1997, Kaptchuk 2002).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από το 1989 σε μια μετά - ανάλυση 14 τυχαιοποιημένων μελετών για το βελονισμό και το χρόνιο πόνο, αν και παρατηρήθηκαν φαινόμενα μεροληψίας, το γενικό αποτέλεσμα ήταν θετικό (Patel 1989). Μια πρόσφατη, όμως, έρευνα που διεξήχθη σε 31 άτομα με χρόνιο πόνο στον ώμο, έδειξε ότι η ομάδα που αντιμετωπίστηκε με βελονισμό είχε σημαντική κλινική βελτίωση, είτε αυτά ήταν σταθερά σημεία, είτε με εξατομικευμένα σημεία μετά από λήψη ιστορικού σύμφωνα με τα πρωτοκόλλα της Παραδοσιακής Κινεζικής Ιατρικής (Lathia 2009). Μια άλλη έρευνα που παρουσιάστηκε 44 συμμετέχοντες με χρόνιο πόνο στη λεκάνη, χωρίστηκαν σε 2 ομάδες, μια βελονισμού και μια placebo βελονισμού (sham – acupuncture). Μετά το πέρας 10 εβδομάδων τα αποτελέσματα ότι η ομάδα του βελονισμού είχε διπλάσιες πιθανότητες να βελτιώσει την κατάσταση και μάλιστα με καλή πρόγνωση για μακροχρόνια θετικά αποτελέσματα (Lee 2008). Το 2007 σε μια έρευνα 38 ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα,

που χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες (ηλεκτροβελονισμού, παραδοσιακού βελονισμού και sham – acupuncture) μετά από 10 εβδομάδες το σύνολο των ασθενών δεν έδειξε σημαντική βελτίωση στην ένταση του πόνου, αν και οι ομάδες του ήλεκτρο- και παραδοσιακού βελονισμού είχαν σαφή μείωση στον αριθμό των ευαίσθητων σημείων (tender points) (Tam 2007). Τέλος μια μεγάλη μετα - ανάλυση που διενέργησε ομάδα ειδικών για τη δημιουργία κατευθυντηρίων οδηγιών, έφερε σαν αποτέλεσμα ότι ο βελονισμός μάλλον έχει θετικό αντίκτυπο στη θεραπεία της χρόνιας οσφυαλγίας, αν και τα αποτελέσματα δεν ήταν τόσο ξεκάθαρα (Chou 2007).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην Ελλάδα σε αντίθεση με χώρες του εξωτερικού (Buenaventura 2005), δεν υπάρχει κάποιος φορέας κρατικός ή μη που να ασχολείται με την πιστοποίηση των επαγγελματιών υγείας ως ειδικούς στον πόνο (Αργυρά 2006). Ο μόνος κλάδος ιατρών στην Ελλάδα των οποίων η εκπαίδευση για την απόκτηση της ειδικότητας περιλαμβάνει, προαιρετικά τρεις μήνες, εκπαίδευση στον χρόνιο πόνο (ΦΕΚ 1994) είναι οι αναισθησιολόγοι, οι οποίοι συνήθως και επανδρώνουν τα ιατρεία πόνου που υπάρχουν στα κρατικά ή μη νοσοκομεία. Η εκπαίδευσή τους γίνεται από το αναισθησιολογικό τμήμα στα ιατρεία πόνου του πανεπιστημιακού νοσοκομείου 'Αρεταίειο' καθώς και στον γενικών νοσοκομείων Πατησίων, 'Ιπποκράτειο' και 'ΑΧΕΠΑ'. Θεωρήσαμε τα ιατρεία πόνου των νοσοκομείων, ως τον πλέον εξειδικευμένο χώρο νοσοκομειακής αντιμετώπισης του χρόνιο πόνου. Διαλέξαμε μόνο τα κρατικά ιατρεία πόνου για να αποφύγουμε το κίνητρο του κέρδους (ΦΕΚ 2005).

Επίσημη λίστα με τα ιατρεία πόνου στα κρατικά νοσοκομεία δεν παρέχει το Υπουργείο Υγείας, οπότε μετά από μια σύντομη αναζήτηση στο διαδίκτυο, βρέθηκε μια, από μη κυβερνητικό οργανισμό από ασχολείται με την παρηγορητική ιατρική (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α). Σε αυτή αναφέρονται 22 ιατρεία πόνου στο νομό της Αττικής. Ένα εξ' αυτών απορρίφθηκε καθώς ήταν στρατιωτικό (ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ 251). Σύμφωνα με τις διευθύντριες του αναισθησιολογικού τμήματος των 2 παιδιατρικών νοσοκομείων (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ" και ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ"), μετά από επιτόπου ερώτηση που τους έγινε, ενώ το τμήμα ασχολείται με την αντιμετώπιση του πόνου, οργανωμένο ιατρείο πόνου στο νοσοκομείο δεν είχε ακόμη συσταθεί. Έτσι έμειναν 19 ιατρεία πόνου.

Επίσης, δεν παρέχεται επίσημη λίστα, ούτε από το Υπουργείο Υγείας αλλά ούτε και από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, με τον αριθμό των στελεχών των ιατρείων πόνου των κρατικών νοσοκομείων και λογικά ούτε με την επιστημονική τους σύσταση. Ο αριθμός των στελεχών του κάθε ιατρείου εξακριβώθηκε με επιτόπου ερώτηση σε κάθε υπεύθυνο ιατρό.

Η ελληνική πολιτεία μέσω του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων "...δέχεται τον Βελονισμό ως μία μέθοδο θεραπείας η οποία εφαρμόζεται μόνο από ιατρούς..." (ΥΥΠΚΑ 1980) και συμπληρώνει ότι "...η εφαρμογή του Βελονισμού πρέπει να γίνεται αποκλειστικά από ιατρούς που διαθέτουν εμπειρία και έχουν εκπαιδευθεί στην Βελονο-θεραπεία..." (ΥΥΠΚΑ 1996), παρόλα αυτά δεν υπάρχει κάποιος επίσημος κρατικός φορέας ελέγχου αλλά ούτε και εκπαίδευσης/ πιστοποίησης (Καράβης 1999). Όπως είναι ευνόητο δεν υπάρχει και κάποια επίσημη πηγή ενημέρωσης ποια ιατρεία πόνου παρέχουν βελονισμό.

Μετά από μια ενδελεχή έρευνα στις σημαντικότερες μηχανές αναζήτησης (Pub Med, Cochrane, Google Scholar) στο διαδίκτυο δεν βρέθηκε κάποιο ειδικό ερωτηματολόγιο για την γνώμη των ειδικών υγείας στο βελονισμό, οπότε και συντάχθηκε ένα καινούριο εξ' ολοκλήρου.

Σε κάθε ιατρείο ζητήθηκε προφορικά η συναίνεση των υπευθύνων, για την διεξαγωγή της έρευνας. Σε κανένα δεν μας δόθηκε αρνητική απάντηση. Τηρήθηκε απόλυτη ανωνυμία.

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στα στελέχη και συμπληρώθηκε από αυτά, χωρίς να τους δοθεί κάποια συμπληρωματική διευκρίνιση. Καθώς στα περισσότερα ιατρεία πόνου δεν ήταν δυνατή η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από όλα τα στελέχη μετά την πρώτη επίσκεψη, άλλες τουλάχιστον 4 φορές επισκεπτόμασταν τα ιατρεία για την συλλογή των ερωτηματολογίων.

ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Το ερωτηματολόγιο στην αρχή φέρει μια μικρή εισαγωγή σχετικά με την έρευνα που διεξάγονταν και τον σκοπό αυτής. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις 1 έως και 3 αφορούν αν στο ιατρείο πόνου παρέχεται βελονισμός και αν

ναι, που και τι ειδικότητα έχει ο βελονιστής (ερώτηση πολλαπλής απάντησης). Στην ερώτηση 4 ζητούνται οι λόγοι που δεν παρέχεται, με την τελευταία επιλογή, να δέχεται ανοικτή απάντηση. Στις ερωτήσεις 5, 6 και 7 ρωτάται ο συμμετέχοντας αν ασκεί βελονισμό, σε ποια χώρα και σε τι είδους σεμινάριο εκπαιδεύτηκε (παρέχοντας και την δυνατότητα να διευκρινίσει) και τέλος μια πολλαπλής απάντησης ερώτηση (με την τελευταία επιλογή, να δέχεται ανοικτή απάντηση) για τους κυριότερους λόγους που ασκεί βελονισμό.

Η επομένη πολλαπλής απάντησης ερώτηση, με την τελευταία επιλογή, να δέχεται ανοικτή απάντηση, αφορά τους πιο πιθανούς λόγους που πιστεύουν τα στελέχη των ιατρειών που οδηγούν τους ασθενείς στον βελονισμό. Οι ερωτήσεις 9 έως και 13 αφορούν την θέση του βελονισμού στην ιατρική εκπαίδευση, τα ασφαλιστικά ταμεία και την επιστημονική του επάρκεια.

Οι ερωτήσεις 14 έως και 17 αναφέρονται στην επαφή των με τη θεραπεία του βελονισμού και στο κατά πόσο ασκούν κάποια άλλη μορφή CAM. Τέλος οι τελευταίες 5 ερωτήσεις είναι καθαρά δημογραφικού χαρακτήρα.

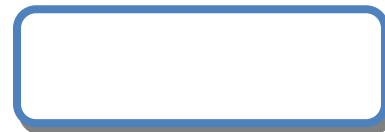
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το χ^2 test και όπου ήταν απαραίτητο το Fisher's exact test. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.0.

Πιο κάτω παραθέτουμε το ερωτηματολόγιο που μοιράστηκε στα στελέχη των ιατρειών πόνο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ - Π.Μ.Σ. «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ



Στα πλαίσια του ΠΜΣ “Αντιμετώπιση του πόνου” διεξάγουμε μια εργασία με σκοπό να ερευνήσουμε την άποψη των ειδικών στην αντιμετώπιση του πόνου όσον αφορά το βελονισμό και κατά πόσο αυτός χρησιμοποιείται στα Ιατρεία πόνου του ΕΣΥ. Καθ’ όλη τη διαδικασία θα τηρηθεί ανωνυμία. Στις ερωτήσεις, που ακολουθούν, παρακαλείστε να δώσετε μία μόνο απάντηση, εκτός από τρεις (όπου διευκρινίζεται διαφορετικά) στις οποίες και μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από μια απαντήσεις. Λαμβάνοντας υπόψη το πολύτιμο του χρόνου σας, σας ευχαριστούμε θερμά.

Παρακαλούμε δώστε μία απάντηση σε κάθε ερώτηση
(εκτός και αν διευκρινίζεται διαφορετικά)

Ερ01. Το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε, παρέχει θεραπεία βελονισμού;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

Ερ02. Εάν ναι, αυτή γίνεται

- ☐ Στο ιατρείο πόνου
☐ Σε κλινική
(παρακαλούμε διευκρινίστε)
☐ Και στα δυο παραπάνω
☐ Αλλού
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

Ερ03. Οι θεραπείες βελονισμού πραγματοποιούνται από

(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απαντήσεις)

- ☐ Ιατρό εκπαιδευμένο στον βελονισμό
- ☐ Νοσηλεύτη
- ☐ Φυσικοθεραπευτή
- ☐ Θεραπευτή βελονιστή (εκτός επαγγελματών υγείας)
- ☐ Άλλον

.....
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

Ερ04. Εάν στο νοσοκομείο σας δεν παρέχεται βελονισμός είναι γιατί

- ☐ δεν πιστεύετε ότι μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς σας
- ☐ δεν υπάρχει προσωπικό εκπαιδευμένο στον βελονισμό
- ☐ δεν δόθηκε άδεια από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου
- ☐ δεν υπάρχουν διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι ή/και διαθέσιμος χώρος
- ☐ υπάρχει μεγάλο φόρτο εργασίας
- ☐ Άλλος λόγος

.....
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

Ερ05. Εσείς ασκείτε βελονισμό;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Ερ06. Εάν ναι, η εκπαίδευση σας έγινε

- ☐ Αυτοδίδακτος
- ☐ Σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα βελονισμού για ιατρούς στην Ελλάδα
- ☐ Σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα παραδοσιακού βελονισμού στην Ελλάδα
- ☐ Σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα βελονισμού για ιατρούς στο εξωτερικό

.....
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

- ☐ Σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα παραδοσιακού βελονισμού στο εξωτερικό

.....
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

- ☐ Άλλου

.....
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

**Ερ07. Ποιος είναι ο κυριότερος(οι) λόγος(οι) που ασκείτε βελονισμό;
(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απαντήσεις)**

- ☐ Προτιμώ μια πιο ολιστική προσέγγιση των ασθενών και ο βελονισμός βοηθάει σε αυτό.
- ☐ Αυξάνει τις οικονομικές μου αποδοχές
- ☐ Είναι της μόδας
- ☐ Είναι μια συμπληρωματική θεραπεία στην κλασσική ιατρική μου πράξη
- ☐ “Πειραματίζομαι” με την εναλλακτική ιατρική
- ☐ Είναι μια θεραπεία που δεν έχει τις παρενέργειες των φαρμάκων
- ☐ Είναι πολύ αποτελεσματική θεραπεία
- ☐ Είναι μια θεραπεία για προβλήματα που η κλασσική ιατρική αποτυγχάνει
- ☐ Είναι μια θεραπεία που συχνά ζητούν οι ασθενείς

- ☐ Άλλο λόγο
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

Ερ08. Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο κυριότερος(οι) λόγος(οι) που οι ασθενείς απευθύνονται στον βελονισμό; (μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απαντήσεις)

- ☐ Θεωρούν ότι έχει λιγότερες παρενέργειες από την κλασσική ιατρική
- ☐ Είναι της μόδας/ Από περιέργεια
- ☐ Θεωρούν ότι ο βελονισμός προσφέρει μια πιο ολιστική προσέγγιση
- ☐ Είναι πιο αποτελεσματικός από την κλασσική ιατρική στο πρόβλημα τους
- ☐ Παραπέμπονται συχνά από άλλους ιατρούς
- ☐ Θεωρούν τον ιατρό βελονιστή πιο φιλικό/ Θεωρούν ότι η επικοινωνία με τον ιατρό βελονιστή είναι καλύτερη
- ☐ Άλλο λόγο
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

Ερ09. Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να γίνεται

- ☐ Μόνο από ιατρούς εκπαιδευμένους στον βελονισμό
- ☐ Από οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας εκπαιδευμένο στον βελονισμό (ιατρό, νοσηλεύτη, φυσικοθεραπευτή)
- ☐ Από οποιονδήποτε εκπαιδευμένο στον βελονισμό (έστω και εκτός επαγγελματιών υγείας)

Ερ10. Ο βελονισμός, πιστεύετε ότι πρέπει να ενταχθεί πλήρως στο ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία (με τις ενδείξεις που έχει θέσει η ΠΟΥ);

- ☐ Ναι, αλλά μόνο στο πλαίσιο των κρατικών νοσοκομείων
- ☐ Ναι, αλλά μόνο στα ιδιωτικά ιατρεία/νοσοκομεία
- ☐ Ναι, σε πλαίσιο κρατικό και ιδιωτικό
- ☐ Όχι

Ερ11. Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα στην Ιατρική Σχολή;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Ερ12. Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης ορισμένων ειδικοτήτων ή εξειδίκευση μετά το πέρας της ειδικότητας ;

- ☐ Μέρος της εκπαίδευσης ορισμένων ειδικοτήτων
- ☐ Εξειδίκευση μετά το πέρας της ειδικότητας
- ☐ Και τα δυο παραπάνω
- ☐ Ο βελονισμός δεν θα πρέπει να ενταχθεί στην ειδικότητα των ιατρών

Ερ13. Πιστεύετε ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν γνωρίζω

Ερ14. Θα προτείνατε σε ασθενή σας βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία (για τις ενδείξεις που έχει θέσει η ΠΟΥ);

- ☐ Ναι
- ☐ Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης
- ☐ Όχι

Ερ15. Έχετε ποτέ δοκιμάσει θεραπεία βελονισμού για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Ερ16. Θα δοκιμάζατε στο μέλλον βελονισμό για δικό σας πρόβλημα υγείας (για τις ενδείξεις που έχει θέσει η ΠΟΥ)

- ☐ Σίγουρα
- ☐ Μάλλον θα δοκίμαζα
- ☐ Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης
- ☐ Μάλλον δεν θα δοκίμαζα
- ☐ Ποτέ

Ερ17. Ασχολείστε με κάποια άλλη μορφή συμπληρωματικής /εναλλακτικής ιατρικής;

- ☐ Ναι. Την έχω εντάξει και στην ιατρική μου πράξη
(παρακαλούμε διευκρινίστε ποια μορφή)
- ☐ Ναι, αλλά δεν την έχω εντάξει στην ιατρική μου πράξη
(παρακαλούμε διευκρινίστε ποια μορφή)
- ☐ Όχι

Ερ18. Η ειδικότητά σας είναι

- ☐ Αναισθησιολογία
- ☐ Νευρολογία
- ☐ Φυσική ιατρική και αποκατάσταση
- ☐ Νοσηλευτική
- ☐ Ψυχολόγος
- ☐ Φυσικοθεραπεία
- ☐ Άλλη
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

Ερ19. Η θέση σας είναι

- | | |
|--|---|
| ☐ Διευθυντής | ☐ Αν. διευθυντής |
| ☐ Επιμελητής Α' | ☐ Επιμελητής Β' |

☐ Επικουρικός

☐ Ειδικευόμενος

☐ Άλλο
(παρακαλούμε διευκρινίστε)

Ερ20. Η ηλικία σας είναι

☐ έως 30

☐ 31-45

☐ 46-55

☐ άνω των 55

Ερ21. Στο ιατρείο πόνου εργάζεστε

☐ έως 3 έτη

☐ 3-10 έτη

☐ Περισσότερα των 10 ετών

Ερ22. Το φύλο σας είναι

☐ Άρρεν

☐ Θήλυ

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμβολή σας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έρευνα διήρκησε από τον Ιούλιο έως και τον Σεπτέμβριο του 2009. Τα ιατρεία πόνου των νοσοκομείων που εν τέλει συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 19. Από δυο νοσοκομεία δεν καταφέραμε να συλλέξουμε κάποιο ερωτηματολόγιο. Ο συνολικός αριθμός των στελεχών που τα επανδρώνουν, όπως μας δηλώθηκε, ήταν 93. Από αυτά το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 55 άτομα ($N = 55$), με ποσοστό συμμετοχής στο 59,14%. Ακολουθεί πίνακας (Πιν.1) με το συνολικό αριθμό στελεχών και τον αριθμό αυτών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ανά ιατρείο πόνου νοσοκομείου.

<u>Νοσοκομεία που συμμετείχαν</u>	<u>Ν στελεχών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο</u>	<u>Ν στελεχών συνολικά</u>
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΕΛΠΙΣ"	2	2
Γ. Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΑΓ.ΒΑΡΒΑΡΑ"	3	5
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜ. ΝΟΣΟΚ. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ "ΑΤΤΙΚΟΝ"	7	14
6ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ	2	2
7ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ	1	1
Γ.Ν.Α. "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ"	1	1
Γ.Ν.Α "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"	2	3
Γ.Ν. ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"	3	4
Γ.Ν.Α "ΛΑΙΚΟ"	1	3
Γ.Ν. "Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ"	4	4
ΓΕΝ. ΑΝΤΙΚΑΡΚ. ΝΟΣΟΚ. ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ"	0	5
ΟΓΚΟΛ. ΑΝΤΙΚΑΡΚ. ΝΟΣ. ΑΘΗΝΑΣ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"	3	3
Γ.Ν.Α "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	2	5
Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"	0	1
Γ.Ν.Α "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	4	6
Γ.Ν.Α "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	4	4
"ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ" ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜ. ΝΟΣΟΚ.	1	15
Γ.Ν.Α "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	4	4
Γ.Ν. ΠΑΤΗΣΙΩΝ	11	11

Πίνακας 1. Ο αριθμός των στελεχών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, προς τον συνολικό αριθμό των στελεχών ανά ιατρείο πόνου νοσοκομείου.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πιν. 2) δίνονται δημογραφικά στοιχεία καθώς και στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

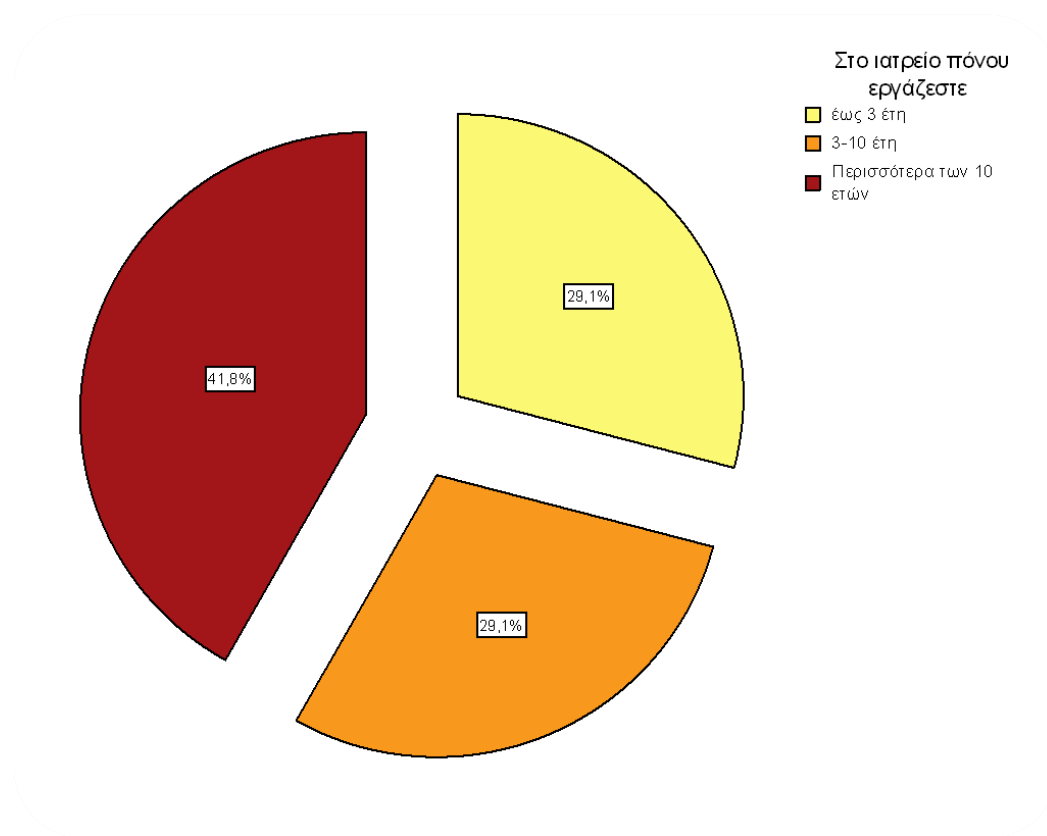
		N	%
Φύλο	Άρρεν	11	20,0
	Θήλυ	44	80,0
Ηλικία	έως 30	2	3,6
	31-45	23	41,8
	46-55	17	30,9
	άνω των 55	13	23,6
Στο ιατρείο πόνου εργάζεστε	έως 3 έτη	16	29,1
	3-10 έτη	16	29,1
	Περισσότερα των 10 ετών	23	41,8

		N	%
Η ειδικότητά σας είναι	Αναισθησιολογία	36	65,5
	Νοσηλευτική	11	20,0
	Ψυχολόγος	3	5,5
	Φυσικοθεραπεία	2	3,6
	Άλλη	3	5,5
Αν άλλη, ποια	Οδοντίατρος	1	1,8
	Επεμβατική ακτινολογία	1	1,8
	Πνευμονολογία	1	1,8
Η θέση σας είναι	Διευθυντής	10	18,2
	Αν. διευθυντής	12	21,8
	Επιμελητής Α'	9	16,4
	Επιμελητής Β'	3	5,5
	Επικουρικός	1	1,8
	Ειδικευόμενος	2	3,6
	Άλλο	18	32,7
Αν άλλη, ποια	Εθελοντής/τρια	2	3,6
	Νοσηλεύτρια	10	18,2
	Προϊστάμενος παραϊατρικού	1	1,8
	Επίκουρος καθηγητής	1	1,8
	Επιστημονικός συνεργάτης	3	5,5

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

Το 80,0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 41,8% των συμμετεχόντων ήταν 31 - 45 ετών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (41,8%) εργάζεται στο ιατρείο πόνου περισσότερα από 10 χρόνια. Το 65,5% των συμμετεχόντων ήταν αναισθησιολόγοι και το 21,8% ήταν αναπληρωτές διευθυντές.

Στο ακόλουθο γράφημα (Γραφ. 1) δίνονται τα χρόνια προϋπηρεσίας στο ιατρείο πόνου των συμμετεχόντων.

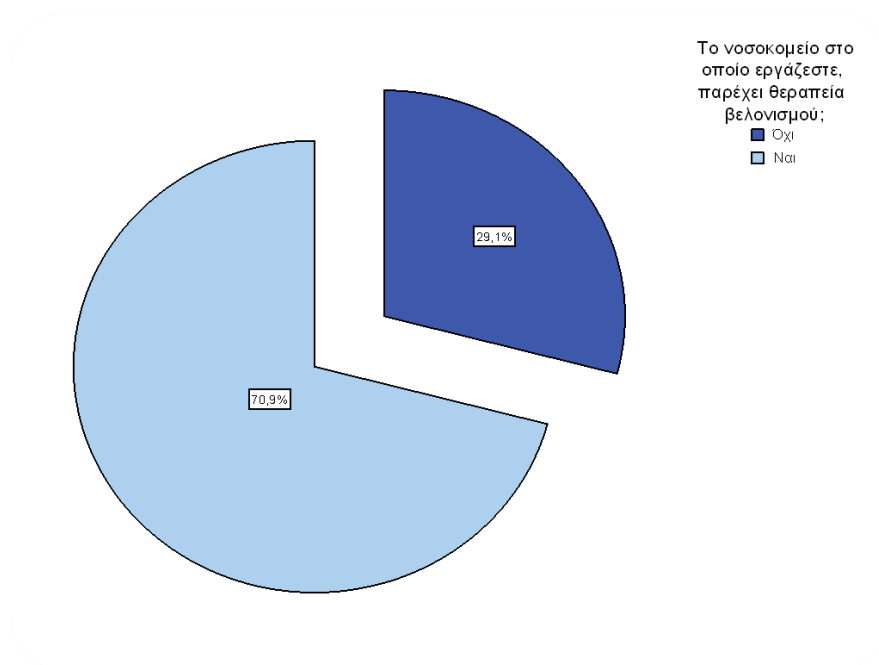


Γράφημα 1. Χρόνια προϋπηρεσίας στο ιατρείο πόνου των συμμετεχόντων

		N	%
Αριθμός ιατρών πόνου που παρέχεται βελονισμός	Δεν παρέχεται	7	41,1
	Παρέχεται	10	58,9
Αριθμός ιατρών που στελεχώνονταν μόνο από αναισθησιολόγους	Όχι μόνο από αναισθησιολόγους	8	47
	Μονο από αναισθησιολόγους	9	53
Το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε, παρέχει θεραπεία βελονισμού;	Όχι	16	29,1
	Ναι	39	70,9
Εάν ναι, αυτή γίνεται	Στο ιατρείο πόνου	38	97,4
	Στο ιατρείο πόνου και σε κλινική	1	2,6
Οι θεραπείες βελονισμού πραγματοποιούνται από	Ιατρό εκπαιδευμένο στον βελονισμό	39	100
	Φυσικοθεραπευτή	5	12,8
Εάν στο νοσοκομείο σας δεν παρέχεται βελονισμός είναι γιατί	Δεν υπάρχει προσωπικό εκπαιδευμένο στον βελονισμό	12	75,0
	Δεν δόθηκε άδεια από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου	1	6,3
	Δεν υπάρχουν διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι ή/και διαθέσιμος χώρος	1	6,3
	Υπάρχει μεγάλο φόρτο εργασίας	1	6,3
	Άλλο	1	6,3
Εάν άλλος, ποιος	Όταν ζητήθηκε το υλικό, αρνήθηκε το νοσοκομείο την αγορά του	1	6,3

Πίνακας 3. Πληροφορίες αν παρέχεται βελονισμός στα ιατρεία πόνου, από ποιόν και πού.

Στο 58,9% των ιατρείων πόνου παρέχεται βελονισμός, ενώ το 70,9% των συμμετεχόντων εργάζονται σε νοσοκομείο όπου παρέχεται θεραπεία βελονισμού. Στο 97,4% των νοσοκομείων που παρέχεται βελονισμός γίνεται στο ιατρείο πόνου ενώ στο 2,6% γίνεται και στο ιατρείο πόνου αλλά και σε κλινική (χωρίς να διευκρινίζεται σε ποια). Επίσης, στα νοσοκομεία που παρέχεται βελονισμός γίνεται από ιατρό εκπαιδευμένο στον βελονισμό κατά 100,0%, ενώ από φυσικοθεραπευτή σε ποσοστό 12,8%. Στα νοσοκομεία που δεν παρέχεται βελονισμός ο κυριότερος λόγος για αυτό ήταν η απουσία προσωπικού εκπαιδευμένου στο βελονισμό με ποσοστό 75,0%. Σε όλα τα ιατρεία πόνου υπήρχε τουλάχιστον ένας αναισθησιολόγος. Τα ιατρεία πόνου που δεν στελεχώνονταν μόνο από αναισθησιολόγους ήταν 47%.



Γράφημα 2. Ποσοστό των νοσοκομείων στα οποία ασκείται βελονισμός.

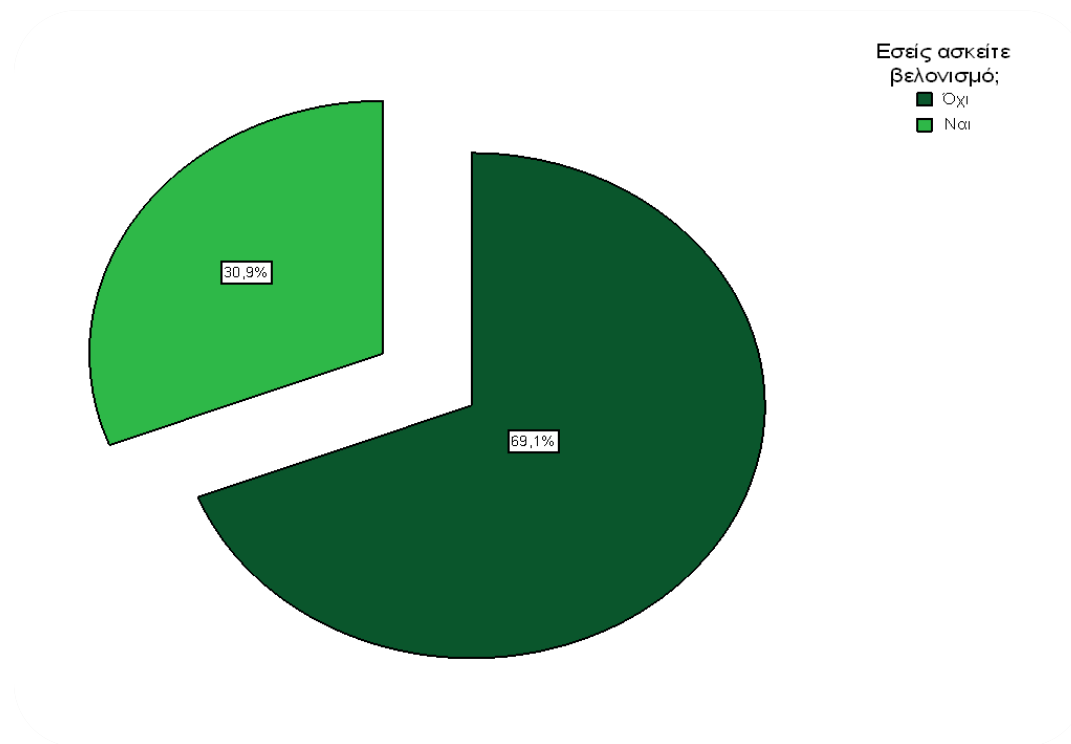
Στον ακόλουθο πίνακα (Πιν. 4) δίνονται πληροφορίες για την άσκηση βελονισμού από τους συμμετέχοντες.

		N	%
Εσείς ασκείτε βελονισμό;	Όχι	38	69,1
	Ναι	17	30,9
Εάν ναι, η εκπαίδευση σας έγινε	Σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα βελονισμού για ιατρούς στην Ελλάδα	11	64,7
	Σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα παραδοσιακού βελονισμού στην Ελλάδα	1	5,9
	Σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα βελονισμού για ιατρούς στο εξωτερικό	5	29,4
Ποιος είναι ο κυριότερος(οι) λόγος(οι) που ασκείτε βελονισμό;			
Προτιμώ μια πιο ολιστική προσέγγιση των ασθενών και ο βελονισμός βοηθάει σε αυτό.		10	58,8
Είναι μια συμπληρωματική θεραπεία στην κλασσική ιατρική μου πράξη		12	70,6
"Πειραματίζομαι" με την εναλλακτική ιατρική		1	5,9
Είναι μια θεραπεία που δεν έχει τις παρενέργειες των φαρμάκων		12	70,6
Είναι πολύ αποτελεσματική θεραπεία		6	35,3
Είναι μια θεραπεία για προβλήματα που η κλασσική ιατρική αποτυγχάνει		1	5,9
Είναι μια θεραπεία που συχνά ζητούν οι ασθενείς		2	11,8
Άλλος λόγος		1	5,9

Πίνακας 4. Πληροφορίες για την άσκηση βελονισμού από τους συμμετέχοντες.

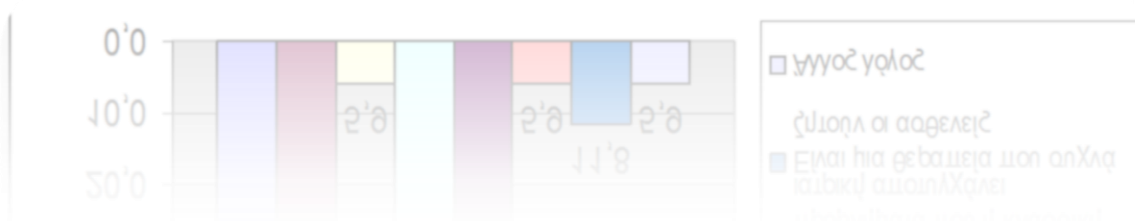
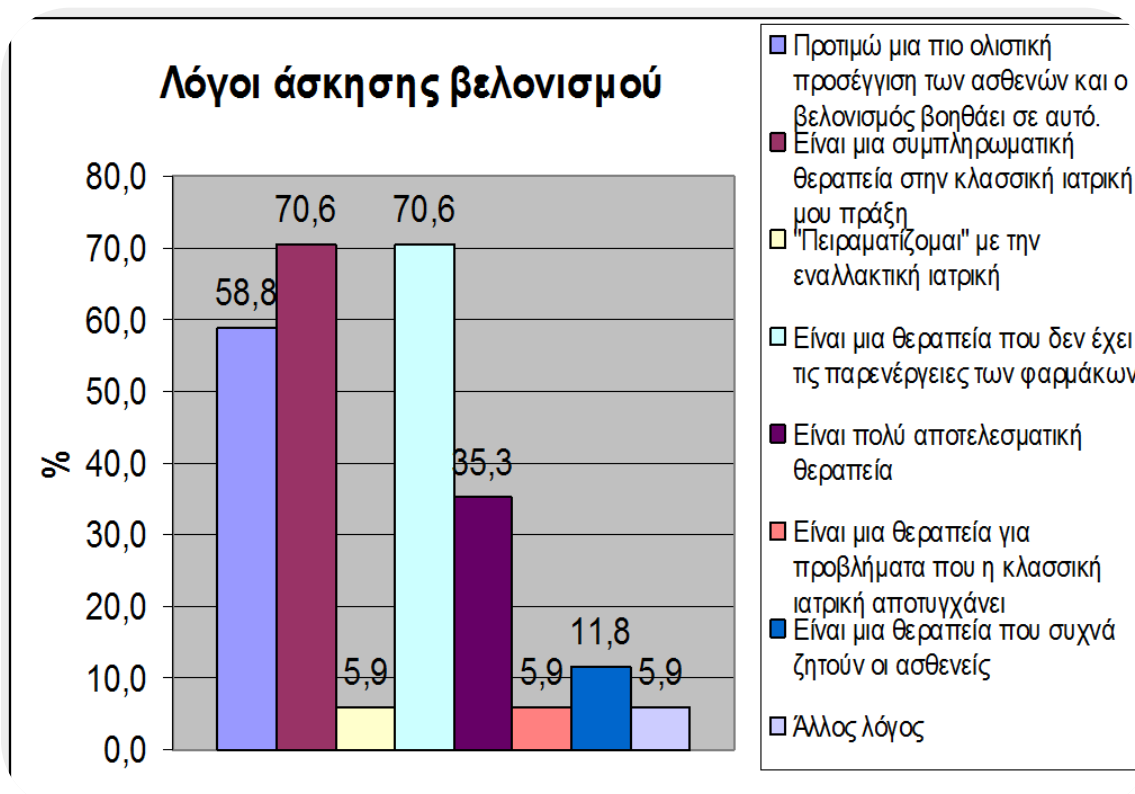
Το 30,9% των συμμετεχόντων ασκούσαν βελονισμό, από τους οποίους το 64,7% εκπαιδεύτηκε σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα βελονισμού για ιατρούς στην Ελλάδα. Οι κυριότεροι λόγοι άσκησης βελονισμού ήταν ότι είναι μια συμπληρωματική θεραπεία στην κλασσική ιατρική μου πράξη και ότι είναι μια θεραπεία που δεν έχει τις παρενέργειες των φαρμάκων με το ποσοστό να είναι 70,6%.

Στο ακόλουθο γράφημα (Γραφ. 3) δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που ασκούν βελονισμό.



Γράφημα 3. Ποσοστό των συμμετεχόντων που ασκούν βελονισμό.

Στο ακόλουθο γράφημα (Γραφ. 4) δίνονται οι λόγοι άσκησης βελονισμού από τους συμμετέχοντες.



Γράφημα 4. Λόγοι άσκησης βελονισμού από τους συμμετέχοντες.

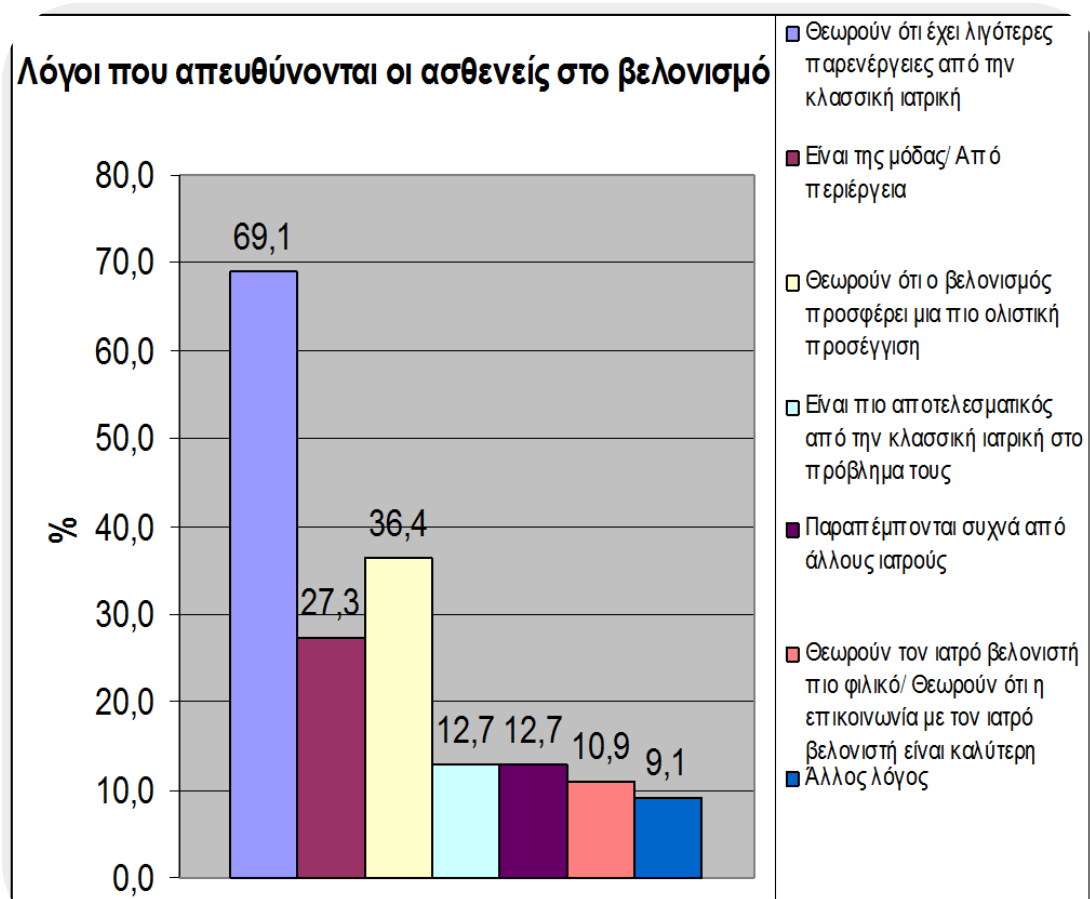
Στον ακόλουθο πίνακα (Πιν. 5) δίνονται οι λόγοι για τους οποίους ένας ασθενής θα απευθυνθεί στο βελονισμό κατά τους συμμετέχοντες.

		N	%
Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο κυριότερος(οι) λόγος(οι) που οι ασθενείς απευθύνονται στον βελονισμό;			
Θεωρούν ότι έχει λιγότερες παρενέργειες από την κλασσική ιατρική		38	69,1
Είναι της μόδας/ Από περιέργεια		15	27,3
Θεωρούν ότι ο βελονισμός προσφέρει μια πιο ολιστική προσέγγιση		20	36,4
Είναι πιο αποτελεσματικός από την κλασσική ιατρική στο πρόβλημα τους		7	12,7
Παραπέμπονται συχνά από άλλους ιατρούς		7	12,7
Θεωρούν τον ιατρό βελονιστή πιο φιλικό/ Θεωρούν ότι η επικοινωνία με τον ιατρό βελονιστή είναι καλύτερη		6	10,9
Άλλος λόγος		5	9,1
Εάν άλλος, ποιος	Αποτυχία κλασσικής ιατρικής - μείωση φαρμάκων	1	1,8
	Δεν έχουν δει ικανοποιητικό αποτέλεσμα από τις άλλες θεραπείες	2	3,6
	Δράση επί του περιφερικού Ν.Σ.	1	1,8
	Παραπέμπονται από άλλους ασθενείς	1	1,8

Πίνακας 5. Λόγοι για τους οποίους ένας ασθενής θα απευθυνθεί στο βελονισμό κατά τους συμμετέχοντες.

Οι κυριότεροι λόγοι κατά τους συμμετέχοντες για τους οποίους θα απευθυνθεί ένας ασθενής στο βελονισμό είναι ότι έχει λιγότερες παρενέργειες από την κλασσική ιατρική και ακολουθεί ότι είναι της μόδας ή ότι είναι περιέργοι με ποσοστά 69,1% και 27,35 αντιστοίχως.

Στο ακόλουθο γράφημα (Γραφ. 5) δίνονται οι λόγοι για τους οποίους απευθύνονται οι ασθενείς στο βελονισμό κατά τους συμμετέχοντες.

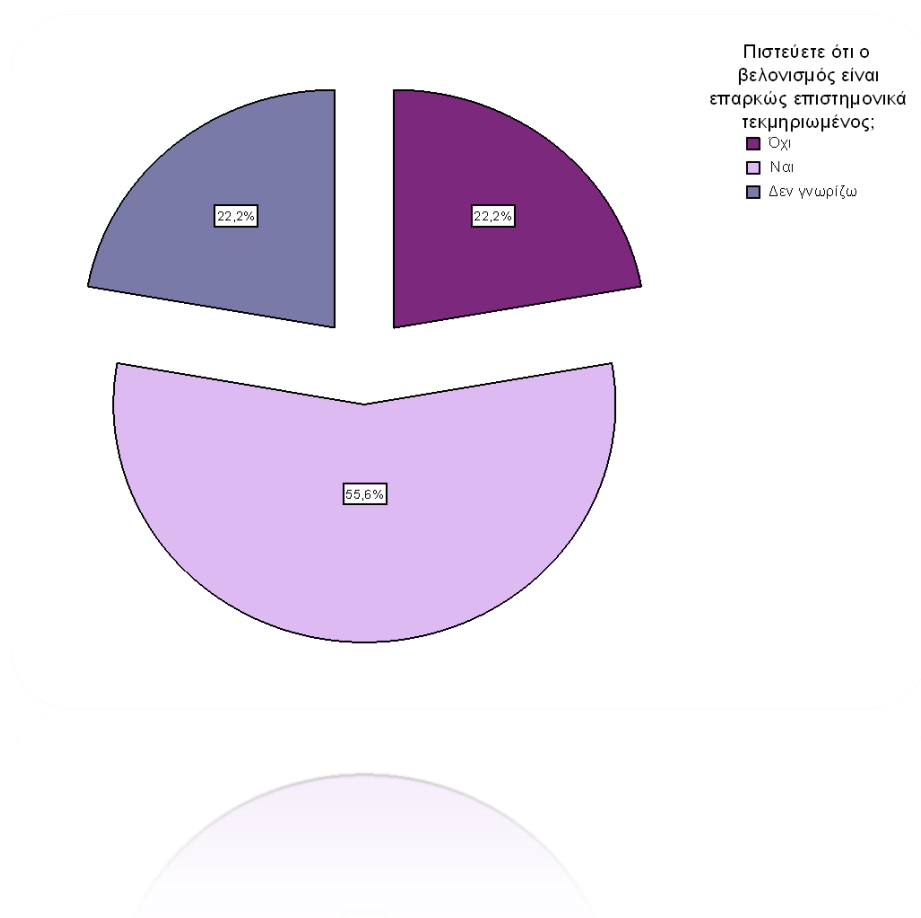


Γράφημα 5. Λόγοι για τους οποίους απευθύνονται οι ασθενείς στο βελονισμό κατά τους συμμετέχοντες

		N	%
Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να γίνεται	Μόνο από ιατρούς εκπαιδευμένους στον βελονισμό	40	72,7
	Από οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας εκπαιδευμένο στον βελονισμό	13	23,6
	Από οποιονδήποτε εκπαιδευμένο στον βελονισμό	2	3,6
Ο βελονισμός, πιστεύετε ότι πρέπει να ενταχθεί πλήρως στο ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία	Όχι	1	1,8
	Ναι, αλλά μόνο στο πλαίσιο των κρατικών νοσοκομείων	8	14,5
	Ναι, αλλά μόνο στα ιδιωτικά ιατρεία/νοσοκομεία	1	1,8
	Ναι, σε πλαίσιο κρατικό και ιδιωτικό	45	81,8
Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα στην Ιατρική Σχολή;	Όχι	6	11,1
	Ναι	48	88,9
Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης ορισμένων ειδικοτήτων ή εξειδίκευση μετά το πέρας της ειδικότητας ;	Μέρος της εκπαίδευσης ορισμένων ειδικοτήτων	13	23,6
	Εξειδίκευση μετά το πέρας της ειδικότητας	25	45,5
	Και τα δυο παραπάνω	16	29,1
	Ο βελονισμός δεν θα πρέπει να ενταχθεί στην ειδικότητα των ιατρών	1	1,8
Πιστεύετε ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος;	Όχι	12	22,2
	Ναι	30	55,6
	Δεν γνωρίζω	12	22,2

Πίνακας 6. Ποιός να ασκεί βελονισμό, η ενταξή του στο ιατρικό εκπαιδευτικό σύστημα και η επιστημονική του επάρκεια.

Το 72,7% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι ο βελονισμός πρέπει αν ασκείται μόνο από ιατρούς εκπαιδευμένους στον βελονισμό. Επίσης, το 81,8% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι ο βελονισμός πρέπει να ενταχθεί πλήρως στο ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία σε πλαίσιο κρατικό και ιδιωτικό. Το 88,9% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι πρέπει ο βελονισμός να ενταχθεί ως μάθημα στην Ιατρική Σχολή. Επιπροσθέτως, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει ότι ο βελονισμός πρέπει να αποτελεί εξειδίκευση μετά το πέρας της ειδικότητας. Τέλος, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος με το ποσοστό να φτάνει το 55,6%.



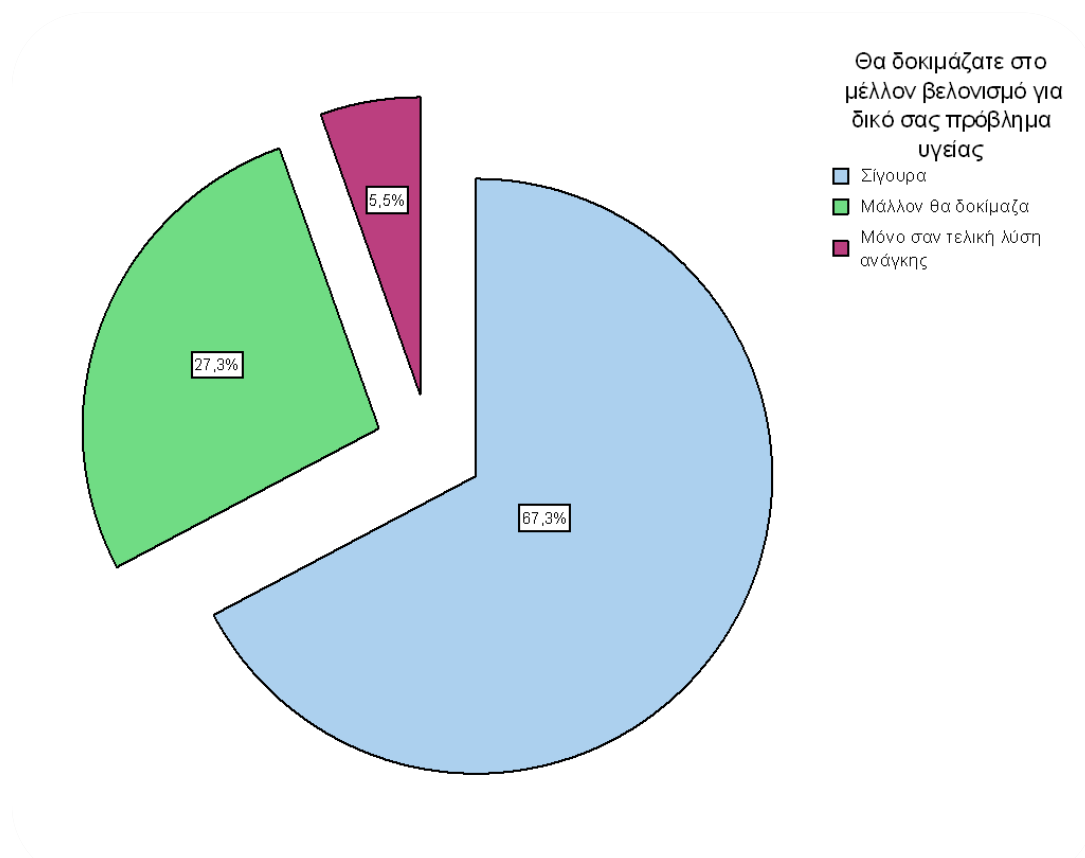
Γράφημα 6. Ποσοστό των συμμετεχόντων που πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος.

Στον ακόλουθο πίνακα (Πιν. 7) δίνονται πληροφορίες που αφορούν στην προσωπική εμπειρία των συμμετεχόντων με το βελονισμό.

		N	%
Θα προτείνετε σε ασθενή σας βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία	Όχι	1	1,8
	Ναι	52	94,5
	Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης	2	3,6
Έχετε ποτέ δοκιμάσει θεραπεία βελονισμού για δικό σας πρόβλημα υγείας;	Όχι	30	54,5
	Ναι	25	45,5
Θα δοκιμάζατε στο μέλλον βελονισμό για δικό σας πρόβλημα υγείας	Σίγουρα	37	67,3
	Μάλλον θα δοκίμαζα	15	27,3
	Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης	3	5,5

Πίνακας 7. Προσωπική εμπειρία των συμμετεχόντων με το βελονισμό.

Το 94,5% των συμμετεχόντων θα πρότεινε σε ασθενή βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία. Επίσης, το 45,5% των συμμετεχόντων έχει δοκιμάσει θεραπεία βελονισμού για προσωπικό πρόβλημα υγείας. Τέλος, το 67,3% των συμμετεχόντων θα δοκίμαζε στο μέλλον βελονισμό για προσωπικό πρόβλημα υγείας.

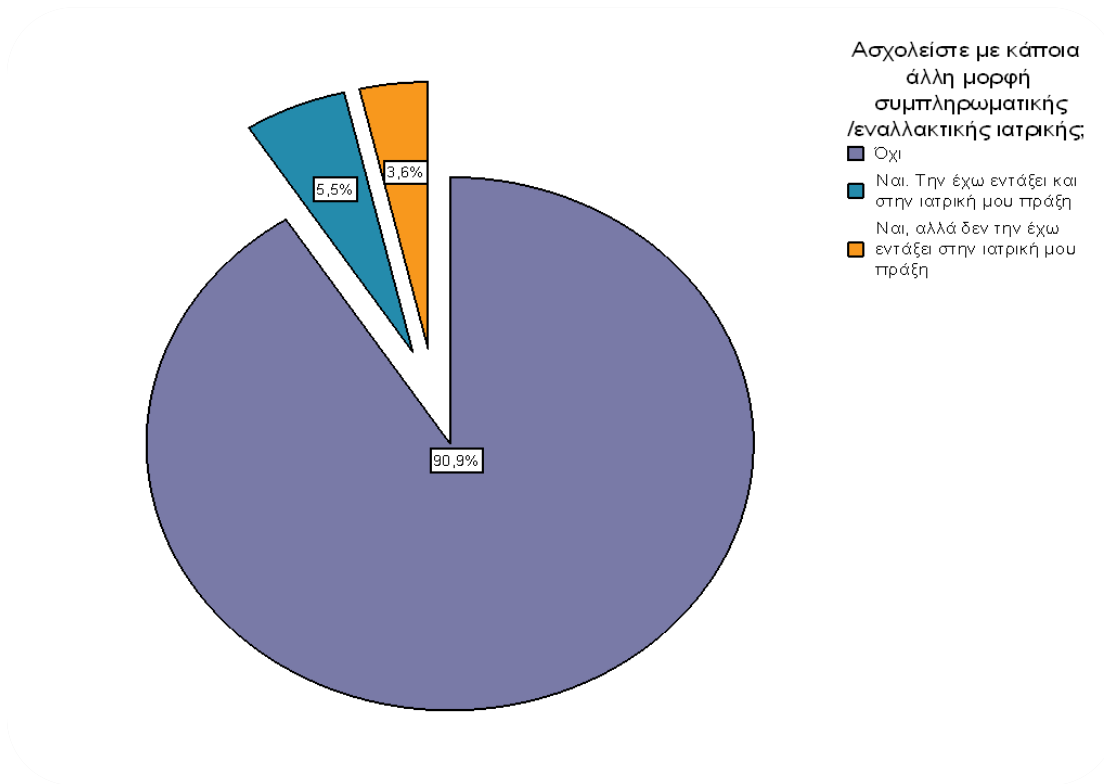


Γράφημα 7. Ποσοστό των συμμετεχόντων που θα δοκίμαζαν στο μέλλον βελονισμό για προσωπικό πρόβλημα υγείας.

Στον ακόλουθο πίνακα (Πιν. 8) δίνεται η ενασχόληση των συμμετεχόντων με άλλα είδη εναλλακτικής θεραπείας. Το 90,9% των συμμετεχόντων δεν ασχολείται με άλλα είδη εναλλακτικής θεραπείας.

		N	%
Ασχολείστε με κάποια άλλη μορφή συμπληρωματικής /εναλλακτικής ιατρικής;	Όχι	50	90,9
	Ναι. Την έχω εντάξει και στην ιατρική μου πράξη	3	5,5
	Ναι, αλλά δεν την έχω εντάξει στην ιατρική μου πράξη	2	3,6
Αν ναι, ποια	Reiki	1	1,8
	Ολιστική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση	1	1,8
	Ασκήσεις νευρομυϊκής χαλάρωσης	1	1,8
	Διατροφή	1	1,8

Πίνακας 8. Ενασχόληση των συμμετεχόντων με άλλα είδη εναλλακτικής θεραπείας.



Γράφημα 8. Ποσοστό συμμετεχόντων που ασχολούνται με άλλα είδη εναλλακτικής θεραπείας.

Στον ακόλουθο πίνακα (Πιν. 9) περιγράφονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι σίγουρα θα δοκίμαζαν στο μέλλον βελονισμό για δικό τους πρόβλημα υγείας ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος:

		Πιστεύετε ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος;						
		Όχι		Ναι		Δεν γνωρίζω		
		N	%	N	%	N	%	P*
Θα δοκιμάζατε στο μέλλον βελονισμό για δικό σας πρόβλημα υγείας	Σίγουρα	7	58,3	24	80	5	41,7	0,043
	Μάλλον θα δοκίμαζα/ Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης/ Όχι	5	41,7	6	20	7	58,3	

*Fisher's exact test

Πίνακας 9. Η επιστημονική τεκμηρίωση του βελονισμού και κατά πόσο θα δοκίμαζαν οι συμμετέχοντες στο μέλλον βελονισμό

Το ποσοστό των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι σίγουρα θα δοκίμαζαν στο μέλλον βελονισμό για δικό τους πρόβλημα υγείας είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα που πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος (80%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος (58,3%) ή τα άτομα που δεν γνωρίζουν αν ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος (41,7%).

		Εσείς ασκείτε βελονισμό;				
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	P*
Πιστεύετε ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος;	Όχι	8	21,1	4	25	0,022
	Ναι	18	47,4	12	75	
	Δεν γνωρίζω	12	31,6	0	0	

*Fisher's exact test

Πίνακας 10. Η επιστημονική τεκμηρίωση και ασκήσή του βελονισμού.

Το ποσοστό των συμμετεχόντων που πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα που ασκούν βελονισμό (75%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν ασκούν βελονισμό (47,4%). Επίσης, το ποσοστό των συμμετεχόντων που δεν γνωρίζουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος είναι σημαντικά μικρότερο στα άτομα που ασκούν βελονισμό (0%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν ασκούν βελονισμό (31,6%).

		Πιστεύετε ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος;						P Fisher's exact test
		Όχι		Ναι		Δεν γνωρίζω		
		N	%	N	%	N	%	
Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης ορισμένων ειδικοτήτων ή εξειδίκευση μετά το πέρας της ειδικότητας ;	Μέρος της εκπαίδευσης ορισμένων ειδικοτήτων	3	23,1	5	38,5	5	38,5	0,530
	Εξειδίκευση μετά το πέρας της ειδικότητας	7	29,2	13	54,2	4	16,7	
	Και τα δυο παραπάνω	2	12,5	11	68,8	3	18,8	
	Ο βελονισμός δεν θα πρέπει να ενταχθεί στην ειδικότητα των ιατρών	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
Θα προτείνατε σε ασθενή σας βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία	Όχι/Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0,018
	Ναι	12	23,5	30	58,8	9	17,6	
Έχετε ποτέ δοκιμάσει θεραπεία βελονισμού για δικό σας πρόβλημα υγείας;	Όχι	7	24,1	14	48,3	8	27,6	0,470*
	Ναι	5	20,0	16	64,0	4	16,0	

*Pearson χ^2 test

Πίνακας 11.

Το ποσοστό των συμμετεχόντων που πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα θα πρότειναν σε ασθενή βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία (58,8%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν θα πρότειναν σε ασθενή βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία ή θα το πρότειναν σαν τελική λύση ανάγκης (0%). Επίσης, το ποσοστό των συμμετεχόντων που δεν γνωρίζουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος είναι σημαντικά μικρότερο στα άτομα που θα πρότειναν σε ασθενή βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία (17,6%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν θα πρότειναν σε ασθενή βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία ή θα το πρότειναν σαν τελική λύση ανάγκης (100%).

Στον ακόλουθο πίνακα (Πιν. 12) περιγράφονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που εργάζονται σε νοσοκομείο που παρέχει θεραπεία βελονισμού ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος, αν θα πρότειναν σε ασθενή βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία, αν έχουν ποτέ δοκιμάσει θεραπεία βελονισμού για δικό τους πρόβλημα υγείας και αν θα δοκίμαζαν στο μέλλον βελονισμό για δικό τους πρόβλημα υγείας :

		Το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε, παρέχει θεραπεία βελονισμού;				P x² test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Πιστεύετε ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος;	Όχι	3	20,0	9	23,1	0,506*
	Ναι	7	46,7	23	59,0	
	Δεν γνωρίζω	5	33,3	7	17,9	
Θα προτείνατε σε ασθενή σας βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία	Όχι/Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης	1	6,3	2	5,1	1,000*
	Ναι	15	93,8	37	94,9	
Έχετε ποτέ δοκιμάσει θεραπεία βελονισμού για δικό σας πρόβλημα υγείας;	Όχι	12	75,0	18	46,2	0,050
	Ναι	4	25,0	21	53,8	
Θα δοκιμάζατε στο μέλλον βελονισμό για δικό σας πρόβλημα υγείας	Σίγουρα	6	37,5	31	79,5	0,003
	Μάλλον θα δοκίμαζα/Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης	10	62,5	8	20,5	

* Fisher's exact test

Πίνακας 12.

Το ποσοστό των συμμετεχόντων που θα δοκίμαζαν σίγουρα στο μέλλον βελονισμό για δικό τους πρόβλημα υγείας είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα που εργάζονται σε νοσοκομείο που παρέχει θεραπεία βελονισμού (79,5%) συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονται σε νοσοκομείο που δεν παρέχει θεραπεία βελονισμού (37,5%). Το ποσοστό των συμμετεχόντων που έχουν δοκιμάσει θεραπεία βελονισμού είναι σημαντικά μικρότερο στα άτομα που εργάζονται σε νοσοκομείο που δεν παρέχει θεραπεία βελονισμού (25%) συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονται σε νοσοκομείο που παρέχει θεραπεία βελονισμού (53,8%).

		Εσείς ασκείτε βελονισμό;				P Fisher's exact test
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να γίνεται	Μόνο από ιατρούς εκπαιδευμένους στον βελονισμό	28	73,7	12	70,6	0,874
	Από οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας εκπαιδευμένο στον βελονισμό	9	23,7	4	23,5	
	Από οποιονδήποτε εκπαιδευμένο στον βελονισμό	1	2,6	1	5,9	
Ο βελονισμός πιστεύετε ότι πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα στην Ιατρική Σχολή;	Όχι	6	15,8	0	0,0	0,163
	Ναι	32	84,2	16	100,0	
Πιστεύετε ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος;	Όχι	8	21,1	4	25,0	0,022
	Ναι	18	47,4	12	75,0	
	Δεν γνωρίζω	12	31,6	0	0,0	
Θα προτείνατε σε ασθενή σας βελονισμό ως εναλλακτική/συμπληρωματική θεραπεία	Όχι/Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης	3	7,9	0	0,0	0,544
	Ναι	35	92,1	17	100,0	
Θα δοκιμάζατε στο μέλλον βελονισμό για δικό σας πρόβλημα υγείας	Σίγουρα	21	55,3	16	94,1	0,005*
	Μάλλον θα δοκίμαζα/Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης	17	44,7	1	5,9	
Ηλικία	έως 45	22	57,9	3	17,6	0,006*
	άνω των 46	16	42,1	14	82,4	
Στο ιατρείο πόνου εργάζεστε	έως 3 έτη	14	36,8	2	11,8	0,016
	3-10 έτη	13	34,2	3	17,6	
	Περισσότερα των 10 ετών	11	28,9	12	70,6	

Η θέση σας είναι	Διευθυντής/Αν. διευθυντής	10	26,3	12	70,6	0,008*
	Επιμελητής Α'/Β'-Επικουρικός-Ειδικευόμενος	13	34,2	2	11,8	
	Άλλο	15	39,5	3	17,6	

Πίνακας 13. Ποσοστά των συμμετεχόντων που ασκούν βελονισμό ανάλογα με αντιλήψεις τους σχετικά με το βελονισμό και με δημογραφικά στοιχεία

Το ποσοστό των συμμετεχόντων που πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα που ασκούν βελονισμό (75,0%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν ασκούν βελονισμό (47,7%). Επίσης, το ποσοστό των συμμετεχόντων που δεν γνωρίζουν αν ο βελονισμός είναι επαρκώς επιστημονικά τεκμηριωμένος είναι σημαντικά μικρότερο στα άτομα που ασκούν βελονισμό (0%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν ασκούν βελονισμό (31,6%). Επιπροσθέτως, το ποσοστό των συμμετεχόντων που θα δοκίμαζαν σίγουρα στο μέλλον βελονισμό για δικό τους πρόβλημα υγείας είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα που ασκούν βελονισμό (94,1%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν ασκούν βελονισμό (55,3%). Το ποσοστό των συμμετεχόντων που ήταν άνω των 46 ετών είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα που ασκούν βελονισμό (82,4%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν ασκούν βελονισμό (42,1%). Ακόμα, το ποσοστό των συμμετεχόντων που εργάζονται πάνω από 10 έτη στο ιατρείο πόνου είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα που ασκούν βελονισμό (70,6%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν ασκούν βελονισμό (28,9%). Τέλος, το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν θέση διευθυντή ή αν.διευθυντή είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα άτομα που ασκούν βελονισμό (70,6%) συγκριτικά με τα άτομα που δεν ασκούν βελονισμό (26,3%).

Στον ακόλουθο πίνακα (Πιν. 14) περιγράφονται τα ποσοστά των γιατρών και των φυσικοθεραπευτών που ασκούν βελονισμό.

		Η ειδικότητα σας είναι				P Fisher's exact test
		Γιατρός		Φυσικοθεραπεία		
		N	%	N	%	
Εσείς ασκείτε βελονισμό;	Όχι	24	61,5	0	0	0,166
	Ναι	15	38,5	2	100	

Πίνακας 14. Ποσοστά των γιατρών και των φυσικοθεραπευτών που ασκούν βελονισμό.

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά γιατρών και φυσικοθεραπευτών που ασκούν βελονισμό.

Στον ακόλουθο πίνακα (Πιν. 15) περιγράφονται τα ποσοστά των νοσηλευτών και των ψυχολόγων ανάλογα με το αν έχουν δοκιμάσει ή θα δοκιμάσουν στο μέλλον θεραπεία βελονισμού.

		Η ειδικότητά σας είναι				P Fisher's exact test
		Νοσηλευτική		Ψυχολόγος		
		N	%	N	%	
Έχετε ποτέ δοκιμάσει θεραπεία βελονισμού για δικό σας πρόβλημα υγείας;	Όχι	6	54,5	1	33,3	1,000
	Ναι	5	45,5	2	66,7	
Θα δοκιμάζατε στο μέλλον βελονισμό για δικό σας πρόβλημα υγείας	Σίγουρα	8	72,7	2	66,7	1,000
	Μάλλον θα δοκίμαζα/Μόνο σαν τελική λύση ανάγκης	3	27,3	1	33,3	

Πίνακας 15. Ποσοστά των νοσηλευτών και των ψυχολόγων ανάλογα με το αν έχουν δοκιμάσει ή θα δοκιμάσουν στο μέλλον θεραπεία βελονισμού.

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά νοσηλευτών και ψυχολόγων ανάλογα με το αν έχουν δοκιμάσει ή θα δοκιμάσουν στο μέλλον θεραπεία βελονισμού.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η προσπάθεια που γίνεται στο χώρο της αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου και στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια φαίνεται να καρποφορεί. Στην Αττική υπάρχουν 19 κρατικά νοσοκομεία που διαθέτουν ιατρεία πόνου και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους πάσχοντες. Στην έρευνα που διεξήγαμε πήραμε στοιχεία από το 90% περίπου των ιατρείων πόνου όσον αφορά τουλάχιστον τη σύσταση της θεραπευτικής ομάδας. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 65,5% των ερωτηθέντων στελεχών ήταν αναισθησιολόγοι, με δεύτερη πιο συχνή ειδικότητα τη νοσηλευτική.

Όλα τα ιατρεία πόνου που επιστρεφθήκαμε είχαν τουλάχιστον 1 αναισθησιολόγο στην ομάδα. 3 εξ' αυτών είχαν μοναδικό στέλεχος του ιατρείου ένα αναισθησιολόγο, ο οποίος τυχαία έφερε το βαθμό του διευθυντή και άλλα 3 είχαν ομάδα άνω των 10 ατόμων. 8 από τα 17 (47%) ιατρεία πόνου διέθεταν ομάδα, με διαφορετική ειδικότητα, αντιμετώπισης του πόνου που ήταν σίγουρα νοσηλευτής. 2 από αυτά διέθεταν ψυχολόγους και φυσιοθεραπευτή, ενώ σε άλλα 3 υπήρχαν ιατροί με ειδικότητα διαφορετική της αναισθησιολογίας. Κανένα δεν διέθετε νευρολόγο ή κοινωνικό λειτουργό. Βεβαίως, τα παραπάνω στοιχεία επ' ουδενί δεν μπορούν να χαρακτηρίσουν την ολιστική προσέγγιση που μπορεί να διακατέχει τις ομάδες των ιατρείων πόνου, καθώς είναι γνωστό ότι ένας ασθενής που χρήζει πολυεπίπεδης αντιμετώπισης, μπορεί να

εύκολα να παραπεμφεί ενδονοσοκομιακά σε άλλης ειδικότητας θεράποντες. Η ηλικιακή ομάδα με τη συχνότερη εμφάνιση στην έρευνα μας ήταν αυτή των 31 – 45 ετών, ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι το 40% περίπου των στελεχών ανέφεραν ότι είναι στον χώρο της αντιμετώπισης του πόνου για περισσότερα από 10 έτη.

Στο 60% περίπου των ιατρικών που επιστρεφθήκαμε παρέχεται βελονισμός με το 97,4% των περιπτώσεων να γίνεται στο ιατρείο πόνου και 1 στους 4 ιατρούς να τον ασκούν. Στο 100,0% των ιατρικών βελονισμό ασκούσε ιατρός εκπαιδευμένος στο αντικείμενο, ενώ σε 2 ισάριθμοι φυσιοθεραπευτές, με εκπαίδευση και επάρκεια στον βελονισμό. Σχεδόν οι μισοί από τα στελέχη με περισσότερα από 10 επαφή με το χώρο ασκούσαν βελονισμό, σε σύγκριση με το 15% των στελεχών με έως 10 χρόνια πείρα, αποτέλεσμα που δείχνει ότι πιθανώς η ενασχόληση με τον πόνο και τα προβλήματα αντιμετώπισης του, τους ανάγκασαν να έχουν ακόμη ένα μέσο στη θεραπευτική τους φαρέτρα.

Μόνο το 50% περίπου των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι ο βελονισμός είναι επαρκώς τεκμηριωμένος, φέροντας για μια ακόμη φορά στην επιφάνεια την ασαφή επιστημονική του ταυτότητα, αλλά και μάλλον τη γνώμη ότι στο μέλλον θα γνωρίζουμε περισσότερα (περισσότερες ίσως τυχαιοποιημένες μελέτες?) καθώς το 25% δεν πιστεύουν στην επάρκεια του αλλά ασκούν βελονισμό, θα τον σύστηναν σε ασθενή και σίγουρα στο μέλλον θα δοκίμαζαν. Ανεξαρτήτως όμως αν ασκούν βελονισμό ή πιστεύουν στην επιστημονική του επάρκεια σε ποσοστό 100,0% θα πρότειναν σε ασθενή τους τη θεραπεία αυτή. Αν δε στο νοσοκομείο που εργάζονται παρέχεται βελονισμός έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν δοκιμάσει οι ίδιοι και τις ίδιες πιθανότητες σίγουρα να δοκιμάσουν στο μέλλον.

Αξίζει να αναφερθεί μόνο, ότι το 80% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι πρέπει ο βελονισμός να ενταθεί στα ασφαλιστικά ταμεία, κρατικού και ιδιωτικού τομέα και το 90% στην ιατρική εκπαίδευση.

Προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτή η έρευνα είναι ότι δεν ερωτήθησαν τα στελέχη του ιδιωτικού τομέα και των μη κυβερνητικών οργανώσεων του χώρου. Επίσης περιοριστήκαμε στην Αττική. Εξ ορισμού ο συνολικός αριθμός των στελεχών των ιατρικών πόνου του κρατικού τομέα είναι μικρός.

Σίγουρα θα πρέπει να μελετηθεί σε ποιες ενδείξεις τα στελέχη των ελληνικών ιατρικών πόνου χρησιμοποιούν τον βελονισμό, σε ποια συχνότητα και σύμφωνα με ποια πρωτόκολλα.

Η έρευνα αυτή στόχευε να καταγράψει την γνώμη των πλέον ειδικών στον πόνο, του κρατικού φορέα, για τον βελονισμό, καθώς δεν μας ήταν γνωστή μια παρόμοια προσπάθεια στο παρελθόν. Σίγουρα ο βελονισμός δεν κατέχει πρωταρχικό ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου και δεν θέλαμε να δείξουμε κάτι παρόμοιο. Είναι όπως αναφέρει και η IASP, ακόμη ένα μέσο, συμπληρωματικό. Αυτό που περισσότερο αναρωτηθήκαμε ήταν κατά πόσο τα στελέχη των ιατρικών πόνου της Αττικής είναι δεκτικά σε μια συμπληρωματική θεραπεία. Τέλος δεν πρέπει να ξεχνάμε τα λόγια του Beltrutti ότι ‘η αντιμετώπιση του πόνου και η ανακουφιστική αγωγή είναι δείκτης του πολιτισμού ενός λαού’ (Βαδαλούκα 2005).

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Andersson H. et al, Chronic pain in a geographically defined general population: Studies of differences in age, gender, social class and pain localization. (1993) Clin J Pain, 9, 174-182
- Ballantyne J., Chronic pain following treatment for cancer: The role of opioids. (2003) Oncologist, 8, 567-575
- Basser S., Acupuncture: A history. (1999) Sci Rev Alt Med, 3, 34-41
- Bassols A. et al, An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). (1999) Pain, 83, 9-16
- Bennett G. , Neuropathic pain: A crisis of definition?. (2003) Anesth Analg, 97, 619-620
- Birkmeyer N. et al, Medical versus surgical treatment for low back pain: Evidence and clinical practice. (1999) Eff Clin Pract, 2, 218-227
- Blyth F. et al, Chronic pain in Australia: a prevalence study. (2001) Pain, 89, 127-134
- Bonica J., The need of a taxonomy. (1979) Pain, 6, 247-252
- Bowsher D. et al, Prevalence of chronic pain in the British population: A telephone survey of 1037 households. (1991) Pain Clinic, 4, 223-230
- Brattberg G. et al, The prevalence of pain in general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. (1989) Pain, 37, 215-222
- Breivik H. et al, Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. (2006) Europ J Pain, 10, 287-333
- Brennan F. et al, Pain management: A fundamental human right. (2007) Pain Med, 105, 205-221
- Buenaventura R. et al, The qualifications of pain physicians in Ohio. (2005) Anesth Analg, 100, 1746-1752
- Carr D. et al, Acute pain. (1999) Lancet, 353, 2051-2058
- Casey K. et al, Positron emission tomography analysis of cerebral structures activated specifically by repetitive noxious heat stimuli. (1994) Neurophysiol, 2, 802-807
- Chen E. et al, A Review of empirically supported psychosocial interventions for pain and adherence outcomes in sickle cell disease. (2004) J Pediatr Psychol, 29, 197-209
- Chou R. et al, Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: A review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. (2007) Ann Intern Med, 147, 492-504

- Clark W. et al, Unidimensional pain rating scales: A multidimensional affect and pain survey (MAPS) analysis of what they really measure. (2002) *Pain*, 98, 241–247
- Crook J. et al, The prevalence of pain complains in a general population. (1984) *Pain*, 18, 299–314.
- DiPiero V. et al, A cerebral blood flow study on tonic pain activation in man. (1994) *Pain*, 56, 167–173.
- Dworkin R. et al, Clinical aspects of depression in chronic pain patients. (1991) *Clin J Pain*, 7, 79–94
- Eccleston C. et al, Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. (2002) *Pain*, 99, 157–165
- Eisenberg E. et al. Time to modify the WHO analgesic ladder? (2005) *Pain Clin Upd*, 13, 8
- Elliott A. et al, The epidemiology of chronic pain in the community. (1999) *Lancet*, 354, 1248–1252
- Elliott T. et al, Physician attitudes and beliefs about use of morphine for cancer pain. (1992) *J Pain Symptom Manage*, 7, 141–148
- Eriksen J. et al, Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: An epidemiological study. (2006) *Pain*, 125, 172–179
- Eriksen J. et al, Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. (2003) *Pain*, 106, 221–228
- Ernst E., Acupuncture: a critical analysis. (2006) *J Intern Med*, 259, 125–137
- Eskinazi D.P., NIH technology assessment workshop on alternative medicine: Acupuncture. (1996) *J Alt Comp Med*, 2(s1), 1–256
- Ferrell A. et al, Pain in cognitively impaired nursing home patients. (1995) *J Pain Symptom Manage*, 10, 591–598
- Ferrell A. et al, Pain in the nursing home. (1990) *J Am Geriatr Soc*, 38, 409–414
- Fishbain D. et al, Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review, (1997) *Clin J Pain*, 13, 116–137
- Fisher P. et al, Complementary medicine in Europe. (1994) *Brit Med J*, 309, 107–111
- Flor H. et al, Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. (1992) *Pain*, 49, 221–230
- Fratkin J.P., The emergence of Japanese style acupuncture. (1999) *Calif J Orient Med*, 10, 101–109
- Fritzell P. et al, 2001 Volvo award winner in clinical studies: Lumbar fusion versus nonsurgical treatment for chronic low back pain. (2001) *Spine*, 26, 2521–2534
- Goudas L, et al. Management of cancer pain. (2001) *AHRQ Evidence Reports*, 35, 12–14
- Gureje O., Psychiatric aspects of pain. (2007) *Curr Opin Psychiatry*, 20, 42–46
- Gureje O. et al, Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. (1998) *JAMA*, 280, 147–151
- Han J. et al, Neurochemical basis of acupuncture analgesia. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 22, 193–220
- Holtman J. Opioid-induced abnormal pain sensitivity. (2007) *J Pain*, 8(s1), S16

- Hsieh J. et al, Traumatic nociceptive pain activates the hypothalamus and the periaqueductal gray: A positron emission tomography study. (1995) *Pain*, 64, 303-314
- James F. et al, Epidemiology of pain in New Zealand. (1991) *Pain*, 44, 279-283.
- Jensen M. et al, Identifying a long-term/chronic, non-cancer pain population using a one-dimensional verbal pain rating scale: An epidemiological study. (2004) *Eur J Pain*, 8, 145–152.
- Kalso E. et al, Opioids in chronic non-cancer pain: Systematic review of efficacy and safety. (2004) *Pain*, 112, 372–380
- Kaplan G., A brief history of acupuncture's journey in the West. (1997) *J Alt Comp Med*, 3(s1), 5
- Kaptchuk T.J., Acupuncture: Theory, efficacy and practice. (2002) *Ann Intern Med*, 136, 374-383
- Krein S. et al, The effect of chronic pain on diabetes patient's self- management. (2005) *Diabetes Care*, 28, 65–70
- Kumar S. et al, Pain measurement: A formidable task. (2002) *Ind J Physiol Pharmacol*, 46, 396–406
- Lathia A. et al, Efficacy of acupuncture as a treatment for chronic shoulder pain. (2009) *J Altern Complement Med*, 15, 613-618
- Lau-Ting C. et al, Aches and pains among Singapore elderly. (1988) *Singapore Med J*, 29, 164-167
- Lee S. et al, Acupuncture versus sham acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain. (2008) *Am J Med*, 121, 1-7
- Ma K., The roots and development of Chinese acupuncture: From prehistory to early 20th century. (1992) *Acup Med*, 10(s), 92-99
- Magni G. et al, Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population: An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data. (1990) *Pain*, 43, 299–307.
- Mao J., Opioid-induced abnormal pain sensitivity. (2006) *Curr Pain Headache Rep*, 10, 67-70
- Marwick C., Acceptance of some acupuncture applications. (1997) *JAMA*, 278, 1725-1727
- McNicol E. et al, Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain- a systematic review. (2003) *J Pain*, 4, 231–256
- Merskey H. IASP, Classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. (1986) *Pain*, s3, 1-226
- Miller L., Comorbid chronic pain and depression: Who is at risk?. (2009) *J Pain*, 10, 619-627
- O'Rourke J. et al, Physicians' comfort in caring for patients with chronic nonmalignant pain. (2007) *Am J Med Sci*, 333, 93-100
- Patel M. et al, A meta-analysis of acupuncture for chronic pain. (1989) *Int J Epidemiol*, 18, 900-906
- Penninx B. et al, Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. (1999) *Am J Public Health*, 89, 1346–1352.
- Phillips C., Economic burden of chronic pain. (2006) *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6, 591-601

- Shapiro R., Liability issues in the management of pain. (1994) *J Pain Symptom Manage*, 9, 1-7
- Smith T. et al, Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: Impact on pain, drug-related toxicity, and survival. (2002) *J Clin Oncol*, 20, 4040-4049
- Sternbach RA. Survey of pain in the United States: The nuprin pain report. (1986) *Clin J Pain*, 2, 49-53
- Tam L. et al, Acupuncture in the treatment of rheumatoid arthritis: A double-blind controlled pilot study. (2007) *BMC Complement Altern Med*, 3, 35-42
- Thomas J. et al, Methylnaltrexone for opioid- induced constipation in advanced illness. (2008) *N Engl J Med*, 358, 2332-2343
- Thomsen A. et al, Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. (2002) *Eur J Pain*, 6, 341-352
- Treede R. et al, Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. (2008) *Neurology*, 70, 1630-1635
- Tota-Faucette M. et al, Predictors of response to pain management treatment: The role of family environment and changes in cognitive processes. (1993) *Clin J Pain*, 9, 115-123
- Turk D. et al, Efficacy of multidisciplinary pain centres: An antidote to anecdotes, (1998) *Baillieres Clin Anaesthesiol*, 12, 103-119
- Turner J. et al, Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized, controlled trial. (2006) *Pain*, 121, 181-194
- Vainio A., Treatment of terminal care pain in France: A questionnaire study. (1995) *Pain* 62, 155-162
- Verhaak P. et al, Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. (1998) *Pain*, 77, 231-239
- von Korff M. et al, An epidemiologic comparison of pain complainers. (1988) *Pain*, 32, 173-183
- von Korff M. et al, The relationship between pain and depression. (1996) *Br J Psychiatry*, 30(s), 101- 108
- von Roenn J. et al, Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. (1993) *Ann Intern Med*, 19, 121- 126
- White A. et al, A brief history of acupuncture. (2004) *Rheum*, 43, 662-663
- White A. et al, Complementary medicine: Use and attitudes among GPs. (1997) *Fam Pract*, 14, 302-306
- Wilson J. et al, The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease- related and non- disease- related pain. (1996) *Clin Psychol Rev*, 16, 573-597
- Wong G. et al, Effect of neurolytic celiac plexus block on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: A randomized controlled trial. (2004) *JAMA*, 291, 1092-1099

Ballantyne J. et al, The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. (2002) Lippincott Williams & Wilkins, 2nd edition, pp103–123.

IASP Task Force on Taxonomy, Classification of Chronic Pain. (1994) IASP Press, 2nd edition, pp209-214

IASP, Core Curriculum for Professional Education in Pain. (2005) IASP Press, 3rd edition, pp64-81

NCCAM, An Introduction to Acupuncture. (2007) Background, pp14-18

NIH, Acupuncture- NIH Consensus Statement. (1997) National Institutes of Health, pp3-5

WHO, Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trial. (2002) World Health Association, pp6-8

WHO, Cancer Pain Relief, with a guide to opioid availability. (1996) World Health Organisation, 2nd edition, pp7

Αργυρά Ε., Βαδαλούκα Α., Σιαφάκα Ι., Αναστασίου Ε., Παπαδόπουλος Γ., Αντιμετώπιση οξέος και χρόνιου πόνου. (2006) Εφύρα, pp32-460

Βαδαλούκα Α., Ανακουφιστική και συμπτωματική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου. (2005) Παρισιάνου, pp11-66

Καράβης Μ., Η φυσιολογία του βελονισμού. (1999) Ζεβελεκάκη, pp408-409

ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α <http://www.grpalliative.org/index.php?menu=33> (20 Ιουνίου 2009)

ΥΥΠΚΑ, Αρ. Πρωτ. 574/Α4/1191/21-2-1980

ΥΥΠΚΑ, Αρ. Πρωτ. Υ7/οικ./4270/25-6-96

ΦΕΚ 236/29-12-1994

ΦΕΚ 287/ 28-11-2005