



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

Πόνος, τρίτη ηλικία και αρωματοθεραπεία: μια νοσηλευτική προσέγγιση

Σπουδάστρια:

Μαντούδη Αλεξάνδρα, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 71)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Ευτυχίδου Ελένη, Ομότιμη Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθήνας

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, 2008

ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κα Ελένη Ευτυχίδου για τη βοήθεια, τη στήριξη, την εμπιστοσύνη και το θετικό της πνεύμα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1. ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	4
1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	6
1.2. Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	15
1.3. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	17
2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	21
2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ	21
2.2 ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	21
2.3 ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ	38
3. ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	39
3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	39
3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΗ	41
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ	56
3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΡΙΤΗ	62
4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ	68
4.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	68
4.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	69
4.3 ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	71
4.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ	80
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για πρώτη φορά στην ιστορία οι ηλικιωμένοι ξεπερνούν αριθμητικά τα παιδιά στις ανεπτυγμένες χώρες. Η μακρύτερη διάρκεια ζωής αυξάνει την επιδεκτικότητα σε νόσους που προκαλούν αναπηρίες, πολλές από τις οποίες είναι όχι μόνο επώδυνες, αλλά μπορούν να οδηγήσουν και σε κατάθλιψη. Παρότι αναγνωρίζεται ότι η αυξανόμενη μακροζωία συνοδεύεται από επώδυνες ασθένειες, φαίνεται ότι λίγες προσπάθειες εστιάζονται στον έλεγχο του πόνου των ηλικιωμένων. Το ποσοστό των περιπτώσεων όπου ο πόνος αντιμετωπίζεται είναι σοκαριστικά χαμηλό. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές όταν συνυπάρχει άνοια και ασυλοποίηση. Η σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σε μεγάλο βαθμό διαμορφώνουν την εμπειρία του πόνου στην τρίτη ηλικία, καθιστούν τους ηλικιωμένους μια κατεξοχήν κατάλληλη ομάδα για την εφαρμογή μεθόδων συμπληρωματικής θεραπείας.

Η εργασία που ακολουθεί εστιάζεται στον πόνο που αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας και εξετάζει την εφαρμογή της αρωματοθεραπείας ως συμπληρωματικής μεθόδου ικανής να δράσει ανακουφιστικά και θεραπευτικά στους ηλικιωμένους.

Η αρωματοθεραπεία, όπως ασκείται σήμερα, στηρίζεται σε σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα. Αποτελεί επίσης την πιο δημοφιλή συμπληρωματική θεραπεία για τους νοσηλευτές στις ΗΠΑ. Η σχέση αρωματοθεραπείας και νοσηλευτικής είναι δεδομένη και αυξανόμενη καθώς για τη νοσηλευτική ο άνθρωπος αποτελεί μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Η αρωματοθεραπεία εξάλλου όπως και άλλες συμπληρωματικές θεραπείες έχουν στενή σχέση και συνάφεια με τη νοσηλευτική πρακτική, καθώς εστιάζονται στην ολιστική αντιμετώπιση του ανθρώπου.

Στην παρούσα εργασία εκτός από τις βιβλιογραφικές αναφορές που αναδεικνύουν την παρουσία και τη συχνότητα του πόνου στους ηλικιωμένους, καταδεικνύεται η χρησιμότητα της αρωματοθεραπείας για την ανακούφιση του πόνου των ηλικιωμένων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των, με αναφορά σε 3 κλινικές περιπτώσεις. Σε αυτές, χρησιμοποιήθηκε από την υπογράφουσα την εργασία αυτή, η αρωματοθεραπεία σε ηλικιωμένα άτομα. Τέλος παρατίθεται έρευνα πεδίου σε ένα δείγμα 100 ατόμων 3^{ης} ηλικίας με σκοπό τη διερεύνηση του κατά πόσο είναι γνωστές οι συμπληρωματικές θεραπείες σε άτομα που βιώνουν πόνο και είναι 65 ετών και άνω.

1. ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Γενικά

Για πρώτη φορά στην ιστορία οι ηλικιωμένοι ξεπερνούν αριθμητικά τα παιδιά στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η μακροζωία είναι ευλογία μόνο αν συνοδεύεται από καλή υγεία. Αυτή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: γενετικούς, προσωπικούς, περιβαλλοντικούς, κοινωνικοοικονομικούς, τον τρόπο ζωής, και την ύπαρξη ή μη νόσου ή ατυχήματος.

Η μακρύτερη διάρκεια ζωής αυξάνει την επιδεκτικότητα σε νόσους που προκαλούν αναπηρίες, πολλές από τις οποίες είναι όχι μόνο επώδυνες αλλά μπορούν να οδηγήσουν και σε κατάθλιψη.

Πολλαπλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν πτωχότερη προσαρμογή στα προβλήματα της γήρανσης έχουν και κατώτερη ποιότητα ζωής (Smith & Baltes 1997).

Τα ευτυχισμένα γηρατειά συνοδεύονται από ένα αίσθημα ψυχολογικής ευεξίας και κοινωνικής συμμετοχής, και λιγότερο από τη διατήρηση της σωματικής ή γνωσιακής λειτουργίας. Είναι πιο πιθανό ότι αυτά τα αισθήματα επιτυγχάνονται αν δεν υπάρχει πόνος ή αν αυτός είναι ελεγχόμενος. Περίπου 60 - 71% των ηλικιωμένων ανθρώπων που ζουν στην κοινότητα αναφέρουν ότι πονούν κάπου, και 33% αναφέρουν ότι έχουν καθημερινό επίμονο πόνο (Brochet et al. 1998).

Μέχρι τώρα, παρότι αναγνωρίζεται ότι η αυξανόμενη μακροζωία συνοδεύεται από επώδυνες ασθένειες, φαίνεται ότι λίγες προσπάθειες εστιάζονται στον έλεγχο του πόνου των ηλικιωμένων. Το ποσοστό των περιπτώσεων όπου ο πόνος αντιμετωπίζεται είναι σοκαριστικά χαμηλό. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές όταν συνυπάρχει άνοια και ασυλοποίηση (Pitkala et al. 2002, Mantyselka et al. 2004, Ferrell 2004)

Αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη εκπαίδευσης ως προς την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου στη γηριατρική. Δευτερευόντως υπάρχει μια

μηδενιστική τάση ορισμένων επαγγελματιών υγείας απέναντι στον πόνο τον σχετιζόμενο με τα γηρατειά. Υπάρχει επίσης η εντύπωση ότι η τακτική συνταγογράφηση αναλγητικών οδηγεί στην εξάρτηση και στην έλλειψη μακροχρόνιας αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Τέλος συχνή είναι η πεποίθηση ότι η απουσία εκδήλωσης πόνου σημαίνει και απουσία πόνου. Υπάρχει συνεπώς ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να καταργηθούν μύθοι, να τονιστούν τα ουσιώδη, να διερευνηθεί η πολυπλοκότητα της συσχέτισης πόνου και γήρανσης, και επίσης να υπάρξει πληροφόρηση για την πρακτική αντιμετώπιση του πόνου στην τρίτη ηλικία (Melding 2004).

1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1.1 Θέματα ορισμού του πόνου

Υπάρχουν ορισμένα μεθοδολογικά προβλήματα που καθιστούν δύσκολο τον ορισμό του πόνου για την επιδημιολογική έρευνα, όπως :

- Ο πόνος είναι υποκειμενικό φαινόμενο και μετριέται πολύ δύσκολα. Ο ερευνητής εξαρτάται από την αυτοαναφορά του πληθυσμού.
- Για πολλά επώδυνα σύνδρομα υπάρχει μικρή αναλογία πασχόντων που παραπονούνται στους επαγγελματίες υγείας ότι πονούν. Για παράδειγμα σε μια μεγάλη προοπτική μελέτη κοορτής στο Ηνωμένο Βασίλειο (Parageorgiou et al. 1998), ενώ βρέθηκε ότι πάνω από το 33% των 2715 συμμετεχόντων που αρχικά δεν είχαν πόνο στη μέση, ανέφερε νέο επεισόδιο πόνου σε διάστημα 12 μηνών, μόνο το 4% προσέφυγε στο γιατρό για αυτό το σύμπτωμα.
- Συχνά υπάρχει ασθενής μόνο συσχέτιση μεταξύ κλινικών μετρήσεων και υποκειμενικού πόνου. Για παράδειγμα μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το 10% των ασθενών με πόνο στη μέση ήταν εντελώς ελεύθεροι από περιορισμούς σε όλα τα επίπεδα μετρήσεων (Thomas et al 1998), και άλλοι ερευνητές έχουν δείξει ότι μόνο το 15% των ατόμων με πόνο στο γόνατο έχουν κάποιο ακτινολογικό εύρημα της νόσου.
- Εκτός από την υποκειμενικότητα της αντίληψης του πόνου, η αναφορά ή μη του πόνου εξαρτάται από προσωπικές αξίες και πρότυπα και υπόκειται σε κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές. (Macfarlane 1999).

Άρα στην ουσία δεν μετριέται ο πόνος αυτός καθαυτός αλλά η αναφορά σε αυτόν. Έχει αναφερθεί ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί να υποεκτιμούν την ύπαρξη πόνου λόγω άλλων σημαντικών γεγονότων στη ζωή τους, όπως η απώλεια της ανεξαρτησίας τους ή λόγω απώλειας συζύγου (Helme & Gibson 1999). Έχει όμως επίσης αναφερθεί ότι μετά την απώλεια συζύγου τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας εμφανίζουν τριπλάσια συχνότητα αναφοράς πόνου σε σχέση με τους μη χήρους της ίδιας ηλικιακής κατηγορίας (Bradbeer et al. 2003). Υπάρχει επίσης η πιθανότητα υποεκτίμησης του πόνου λόγω πτωχής μνήμης, αλλαγής στην νευροφυσιολογία του πόνου και ανάπτυξης στωκότητας. (Gibson & Farrell 2004, Helme & Gibson 1999).

1.1.2 Μοντέλα αιτιολογίας του μυοσκελετικού πόνου

Σύμφωνα με μελέτη των Andersson et al. (1993) υπάρχουν 3 μοντέλα αιτιολόγησης του μυοσκελετικού πόνου όπως αυτός μεταβάλλεται με την ηλικία. Το 1^ο μοντέλο περιγράφει αύξηση του μυοσκελετικού πόνου με την πάροδο της ηλικίας έως την 6^η δεκαετία της ζωής, και μετά μείωση. Αυτός ο πόνος (ώμος, βραχίονας και οσφύ) είναι μηχανικής αιτιολογίας και πιθανώς σχετίζεται με το εργασιακό περιβάλλον, καθώς μειώνεται μετά τη συνταξιοδότηση. Το 2^ο μοντέλο αφορά μυοσκελετικό πόνο αυξανόμενο με την ηλικία (ισχίο, γόνατο ή άκρος πους) που περιέχει στοιχεία μηχανικής φθοράς, αλλά επίσης σχετίζεται με την αυξημένη συχνότητα εκφυλιστικής νόσου (π.χ. οστεοαρθρίτιδα). Το 3^ο μοντέλο αναφέρεται σε μυοσκελετικό πόνο μη σχετιζόμενο με την ηλικία (θώρακας, πλάτη, στομάχι, κεφάλι) που δεν έχει μηχανικό αίτιο και οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι σταθεροί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν για ένα σύντομο χρονικό διάστημα και δεν έχουν αθροιστική επίδραση όπως τα πρώτα 2 μοντέλα.

Οσφυαλγία

Υπάρχουν λιγοστές μελέτες που μετρούν τη συχνότητα της οσφυαλγίας ειδικά στους ηλικιωμένους. Τα περισσότερα στοιχεία προκύπτουν από πληθυσμιακές μελέτες όπου συμπεριλαμβάνονται και οι γηραιότερες ηλικιακές ομάδες. Ο παρακάτω πίνακας (1.1) συνοψίζει την εικόνα για την Τρίτη ηλικία:

Πίνακας 1.1 : Συχνότητα Οσφυαλγίας στην Τρίτη Ηλικία

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ
• Croft & Rigby 1994	55-64 ετών	21%
	≥ 75 ετών	26%
• Hillman et al. 1996	55-64 ετών	39%
• Thomas et al. 2004	50-59 ετών	36%
	≥ 80 ετών	27%
• Urwin et al. 1998	65-74 ετών	20-32%
	≥ 75 ετών	17-30%
• Weiner et al. 2003	70-79 ετών	36%

Στις έρευνες αυτές επίσης φαίνεται ότι η συχνότητα του πόνου σε όλες τις ηλικιακές ομάδες είναι υψηλότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Προοπτικές έρευνες έχουν επίσης δείξει ότι προδιαθεσικοί παράγοντες της οσφυαλγίας είναι: σήκωμα μεγάλου βάρους, περπάτημα ή ορθοστασία για πάνω από 2 ώρες την ημέρα, και μεγάλη έκταση ή στροφή του κορμού (Macfarlane et al. 1997, Hoogendoorn et al. 2001, Harkness et al. 2003b). Επίσης αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που είναι δυσαρεστημένα με το εργασιακό τους περιβάλλον είναι πιθανότερο να αναπτύξουν οσφυαλγία (Parageorgiou et al. 1997). Παρότι δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για την αιτιολογία της οσφυαλγίας στην τρίτη ηλικία, είναι πιθανόν ότι η αθροιστική έκθεση σε προδιαθεσικούς παράγοντες όπως οι παραπάνω αναφερόμενοι σε νεότερες ηλικίες συντείνει στην εμφάνιση της πάθησης αργότερα.

Πόνος Άνω άκρων

Ο πόνος του ώμου μπορεί να προκύπτει από γειτονικούς σχηματισμούς συμπεριλαμβανομένης της σπονδυλικής στήλης και των παράπλευρων μυικών ομάδων. Σε άτομα προχωρημένης ηλικίας η επιπλοκή εκφυλιστικής νόσου μπορεί να παίξει ρόλο στην εμφάνιση πόνου. Ο πόνος στο χέρι συχνά σχετίζεται με αρθρίτιδα, ρευματοειδή και οστεοαρθρίτιδα.

Επαναλαμβανόμενες κινήσεις του βραχίονα ή του καρπού, υψηλά επίπεδα ψυχολογικού στρες, η ύπαρξη 2 ή παραπάνω άλλων σωματικών συμπτωμάτων και η επαναλαμβανόμενη έλλειψη στήριξης στον εργασιακό χώρο, είναι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη πόνου στα άνω άκρα. (Macfarlane et al. 2000). Επίσης η μη ικανοποιητική χρήση ελεύθερου χρόνου από τη νεαρή ηλικία είναι ισχυρός προβλεπτικός παράγων για την εμφάνιση πόνου στα άνω άκρα έως και 25 χρόνια μετά, σε ηλικίες 42-59 ετών (Fredriksson et al. 1999).

Περαιτέρω στοιχεία πόνου των άνω άκρων συνοψίζονται στον πίνακα 1.2:

Πίνακας 1.2 : Συχνότητα Πόνου Άνω Άκρων στην Τρίτη Ηλικία

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΟΝΟΥ
--------------------	----------------	-----------------

ΩΜΟΙ

- | | | |
|-------------------------------|------------|--------|
| • Thomas et al. 2004 | 50-59 ετών | 31% |
| | ≥ 80 ετών | 25% |
| • Urwin et al. 1998 | 65-74 ετών | 16-26% |
| | ≥ 75 ετών | 20-24% |
| • vanShaardenburg et al. 1994 | ≥ 85 ετών | 19-29% |
| • Vogt et al. 2003 | 70-79 ετών | 19% |

ΠΗΧΕΙΣ

- | | | |
|--------------------------|------------|-------|
| • Thomas et al. 2004 | 50-59 ετών | 23% |
| | ≥ 80 ετών | 12% |
| • Macfarlane et al. 2000 | ≥ 60 ετών | 7-13% |

ΧΕΡΙΑ

- | | | |
|----------------------|------------|--------|
| • Thomas et al. 2004 | 50-59 ετών | 24% |
| | ≥ 80 ετών | 17% |
| • Urwin et al. 1998 | 65-74 ετών | 14-21% |
| | ≥ 75 ετών | 12-20% |
-

Πόνος Κάτω άκρων

Ο τρόπος ζωής και η εργασία σχετίζονται σημαντικά με την εκδήλωση πόνου στο ισχίο: Παράγοντες όπως, το σήκωμα μεγάλου βάρους, το να μένει κανείς καθιστός για μεγάλα χρονικά διαστήματα, το πολύωρο περπάτημα, και το σήκωμα βάρους πάνω από 20 περίπου κιλά, συντελούν στην εμφάνιση πόνου στο ισχίο. Στην τρίτη ηλικία ο πόνος σχετίζεται επίσης με μια σειρά από φλεγμονώδεις και εκφυλιστικές νόσους όπως η οστεοαρθρίτιδα (Pope et al. 2003, Birrell et al. 2000b).

Ο πόνος του γόνατου στην τρίτη ηλικία συσχετίζεται θετικά με εκφυλιστικές νόσους όπως οστεοαρθρίτιδα, με παχυσαρκία, με την ηλικία, και με το γυναικείο φύλο. Ο πόνος το άκρου ποδός στην τρίτη ηλικία συσχετίζεται θετικά με φτωχή κινητικότητα, τη συνύπαρξη πόνου στο γόνατο και στο ισχίο, και τη συνύπαρξη οστεοαρθρίτιδας γόνατου και χεριού στις γυναίκες. (Jones & Macfarlane 2005). Περαιτέρω στοιχεία πόνου των κάτω άκρων συνοψίζονται στον πίνακα 1.3:

Πίνακας 1.3 : Συχνότητα Πόνου Κάτω Άκρων στην Τρίτη Ηλικία

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΟΝΟΥ
ΙΣΧΙΑ			
• Christmas et al. 2002	≥ 60 ετών	♂	12%
		♀	16%
• Frankel et al. 1999	65-74 ετών	♂	13%
		♀	>20%
	≥ 75 ετών	♂	14%
		♀	>20%
• Pope et al. 2003	≥ 60 ετών	♂♀	16%
• Urwin et al. 1998	65-74 ετών	♂	13%
		♀	20%
	≥ 75 ετών	♂	11%
		♀	20%
ΓΟΝΑΤΑ			
• McAlindon et al.1992	≥ 85 ετών	♂	19%
		♀	39%
• Urwin et al. 1998	65-74 ετών	♂	27%
		♀	32%
	≥ 75 ετών	♂	27%
		♀	35%

Πίνακας 1.3 : Συνέχεια

ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΟΝΟΥ
ΠΟΔΙΑ			
• Garrow 2002	75-80 ετών	♂	20%
		♀	27%
• Thomas et al. 2004	50-59 ετών	♂♀	22%
	≥ 80 ετών	♂♀	20%

1.1.4 Μη Μυοσκελετικοί Πόνοι και Τρίτη ηλικία

Στους μη μυοσκελετικούς πόνους περιλαμβάνονται οι πονοκέφαλοι, ο κοιλιακός πόνος και ο χρόνιος γενικευμένος πόνος.

Πονοκέφαλοι

Η συχνότητα των πονοκεφάλων και της ημικρανίας στους άνδρες παραμένει σχετικά σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ για τις γυναίκες η συχνότητα αυξάνεται έως τη μέση ηλικία και μετά μειώνεται (Scher et al. 1999). Η συχνότητα των πονοκεφάλων για άτομα ηλικίας 65-84 ετών είναι 13% για τους άνδρες και 24% για τις γυναίκες. Η συχνότητα της ημικρανίας είναι γενικά χαμηλότερη από αυτή των κοινών πονοκεφάλων. Στους ηλικιωμένους είναι σχετικά χαμηλή, 1.8% για τους άνδρες ηλικίας 65-84 ετών, και 5.4% για τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας (Francheschi et al. 1997). Η αιτιολογία των πονοκεφάλων σε μεγαλύτερες ηλικίες δεν είναι σαφής. Υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ αυτών, της κατάθλιψης και καταστάσεων άγχους, αλλά και της συνύπαρξης άλλων ασθενειών όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.

Κοιλιακός πόνος

Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες θεωρούν τον κοιλιακό πόνο σύμπτωμα λειτουργικών γαστρεντερικών διαταραχών (Halder et al. 2002). Συχνά αναφερόμενα συμπτώματα των παραπάνω διαταραχών είναι πόνος

και δυσφορία στην κοιλιακή χώρα και συχνά απουσία υποκείμενης οργανικής νόσου. Οι μελέτες δείχνουν υψηλότερη συχνότητα πόνου στις γυναίκες και μείωση με την πάροδο της ηλικίας. (Halder et al. 2002, Sandler et al. 2000). Στους ηλικιωμένους ο κοιλιακός πόνος εμφανίζεται με συχνότητα 25% για άτομα άνω των 65 ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Chaplin et al. 2000). Στις ΗΠΑ η συχνότητα κοιλιακού πόνου για άτομα 60 ετών και άνω εμφανίζεται χαμηλότερη, 7.1 % για τους άνδρες και 20% για τις γυναίκες (Sandler et al. 2000), ενώ σύμφωνα με άλλη μελέτη (Halder et al. 2002), η συχνότητα του πόνου είναι 4.3 % για ηλικίες 50-65 ετών. Ο κοιλιακός πόνος σχετίζεται και με πολλές γαστρεντερικές διαταραχές, όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, καθώς και με υψηλά επίπεδα ψυχολογικού στρες.

Χρόνιος γενικευμένος πόνος

Το 1990 η Αμερικανική Εταιρεία Ρευματολογίας όρισε το χρόνια γενικευμένο πόνο ως « *πόνος που διαρκεί πάνω από τρεις μήνες, εντοπίζεται στο δεξί, το αριστερό, τα άνω και το κάτω τμήμα του σώματος, σε όλες τις μοίρες της σπονδυλικής στήλης, και στο πρόσθιο τμήμα του θώρακα* » (Wolfe et al. 1990).

Αντίστοιχα ο ορισμός της ινομυαλγίας περιλαμβάνει την παρουσία του χρόνιου γενικευμένου πόνου και ευαισθησία σε 11 από 18 ορισμένες trigger point περιοχές.

Η συχνότητα του χρόνιου γενικευμένου πόνου κυμαίνεται μεταξύ 10% (Wolfe et al. 1990), και 14% (Schochat & Raspe 2003). Αυξάνεται με την ηλικία και κορυφώνεται την 7^η δεκαετία της ζωής, κατόπιν μειώνεται. Είναι συχνότερος στις γυναίκες 23%, και στους άνδρες 14% για ηλικίες 60-69 ετών, και 15% και 8.5% αντίστοιχα για τους άνω των 80 ετών. Η ινομυαλγία έχει συχνότητα 3.4% στις γυναίκες και 0.5% στους άνδρες ανεξαρτήτως ηλικίας. Σε ηλικιωμένα άτομα 80 ετών και άνω, η συχνότητα αυτή αυξάνεται σε 5.9% για τις γυναίκες και 1.1% για τους άνδρες (Wolfe et al. 1995).

1.1.5 Άλλες κατηγορίες πόνου

Νευροπαθητικός πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους ανά τον κόσμο, μειώνοντας την ποιότητα ζωής τους και τα επίπεδα λειτουργικότητάς τους. Οι δύο πιο συχνοί τύποι νευροπαθητικού πόνου είναι η μεθερπητική νευραλγία και η επώδυνη διαβητική νευροπάθεια. Η κλινική εικόνα του νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνει συνεχή ή διαλείποντα πόνο, αλλοδυνία ή υπεραλγησία, κνησμό ή μυρμήγκιασμα ή απώλεια αισθητικότητας (Read et al .1984).

Η αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου απαιτεί μια συνδυασμένη ολιστική θεραπευτική προσέγγιση που συμπεριλαμβάνει συμβουλευτική, εκπαίδευση, ισορροπημένη φαρμακευτική προσέγγιση και συμπληρωματικές θεραπευτικές μεθόδους. Η συχνότητα νόσησης καθ'όλη τη διάρκεια ζωής από έρπητα ζωστήρα είναι 10-20%. Στην ηλικία των 85 ετών και άνω είναι 50%. Το ποσοστό των νοσούντων από έρπητα ζωστήρα που θα αναπτύξουν μεθερπητική νευραλγία υπολογίζεται γύρω στο 9 με 34% (Schmader & Dworkin 2005). Από τα νούμερα αυτά φαίνεται ότι ο κίνδυνος νευροπαθητικού πόνου ελλοχεύει εκατομμύρια ανθρώπους ανά τον κόσμο.

Μετεγχειρητικός πόνος

Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι αναμενόμενος. Με την κατάλληλη αντιμετώπιση μπορεί να ελαχιστοποιηθεί. Τα ποσοστά χειρουργικών επεμβάσεων αυξάνονται συνεχώς με την πρόοδο της χειρουργικής τεχνολογίας και των τεχνικών που στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Οι πιο συχνοί τύποι επεμβάσεων σε άτομα τρίτης ηλικίας περιλαμβάνουν μια πληθώρα οφθαλμικών, ορθοπεδικών, γαστρεντερικών και ουρολογικών επεμβάσεων. Το 2000 έγιναν 27,7 εκατομμύρια ενδονοσοκομειακές επεμβάσεις στις ΗΠΑ. Το 1/3 αυτών έγιναν σε άτομα άνω των 65 ετών (Hall & Owings 2002).

Παρότι έχουν βελτιωθεί οι χειρουργικές τεχνικές καθώς και οι μέθοδοι αντιμετώπισης πόνου, ο μετεγχειρητικός πόνος στους ηλικιωμένους αντιμετωπίζεται πλημμελώς. Οι νεότεροι ασθενείς λαμβάνουν αναλογικά

περισσότερη αναλγησία από τους ηλικιωμένους, για παρόμοια επίπεδα αναφερόμενου πόνου. Οι πάσχοντες από άνοια λαμβάνουν ακόμα χαμηλότερες ποσότητες αναλγητικών. Η ελλιπής αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου έχει πολύ σοβαρό αντίκτυπο και ακόμη σοβαρότερο στους ηλικιωμένους. Οι επιπτώσεις αυτές στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο περιλαμβάνουν : κακή οξυγόνωση, μειωμένη κινητικότητα, σύγχυση, παραλήρημα, καθυστερημένη επούλωση, επιμόλυνση τραύματος, μυϊκή ατροφία, κόπωση και αύξηση χρόνου διαμονής στο νοσοκομείο. Όλα αυτά με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρότερες επιπλοκές έως και αυξημένη θνησιμότητα. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της ανεπαρκούς διαχείρισης του μετεγχειρητικού πόνου στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν: παρατεινόμενη ανάρρωση, λειτουργική ανικανότητα, ανάπτυξη συνδρόμου χρόνιου πόνου, αυξημένη χρήση και κόστος υπηρεσιών υγείας και αυξημένη θνησιμότητα. (Pasero et al. 2005).

Καρκινικός πόνος

Κάθε χρόνο πάνω από 10 εκατομμύρια άτομα ανά τον κόσμο αναπτύσσουν καρκίνο και 6.2 εκατομμύρια πεθαίνουν από αυτήν την ασθένεια. (Stewart & Kleihues 2003). Το 60% των καρκινοπαθών, και το 69% των θανάτων από καρκίνο αφορούν άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (Balducci 2003). Οι καρκινοπαθείς υποφέρουν συχνά από υψηλά επίπεδα πόνου. Περίπου 28 με 80% των καρκινοπαθών, σύμφωνα με μελέτες βιώνουν πόνο ιδιαίτερα κατά την αντικαρκινική θεραπεία και στα τελικά στάδια της νόσου (Bernabei et al. 1998, Patrick et al. 2004). Παρόλα αυτά ο καρκινικός πόνος αντιμετωπίζεται πλημμελώς και υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ ηλικίας και δοσολογίας ισχυρών οπιοειδών για καρκινικό πόνο (Bernabei et al. 1998).

1.2 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η προϊούσα ηλικία αναγνωρίζεται όλο και πιο πολύ ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για πολλές χρόνιες και επώδυνες παθήσεις. Ερευνητικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι υπάρχει αύξηση του ουδού του επιφανειακού πόνου σε ηλικιωμένους με συνεπαγόμενο κίνδυνο για σοβαρούς τραυματισμούς (Edwards 2005). Επίσης η μειωμένη αποτελεσματικότητα του ενδογενούς συστήματος αναλγησίας και η υπερευαισθησία του γηρασμένου νευρικού συστήματος είναι πιθανόν να συνεισφέρουν στην αυξημένη διάρκεια και έκταση του πόνου σε άτομα τρίτης ηλικίας.

Είναι σημαντικό να τονιστεί η διπλή όψη του πόνου.

Αφενός ο πόνος έχει βλαβερές συνέπειες όπως μείωση της λειτουργικότητας, αυξημένη ανάγκη για φροντίδα, καταπόνηση, κατάθλιψη, ανικανότητα για εργασία, κοινωνική απομόνωση, αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και αυξημένη θνησιμότητα (Macfarlane et al. 2001).

Αφετέρου η αντίληψη του πόνου δρα προστατευτικά στον οργανισμό. Άτομα που δεν αντιλαμβάνονται τον πόνο βρίσκονται σε δυσανάλογα μεγάλο κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού και πρώιμης θνησιμότητας (Brand & Yancey 2007).

Η σταδιακή αύξηση του ουδού πόνου μεγιστοποιείται όταν τα ερεθίσματα είναι μικρής διάρκειας, όταν καταλαμβάνουν μικρή έκταση και όταν συμβαίνουν σε περιφερειακά όργανα ή άκρα. Αυτή η συνολική επίδραση μπορεί να αντιπροσωπεύει τη μειωμένη απάντηση του οργανισμού σε πρώιμα συστήματα συναγερμού, κι αυτή με τη σειρά της μειώνει τις πιθανότητες έγκαιρου περιορισμού της βλάβης (Edwards 2005). Επιπλέον οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαίσθητοι στον πόνο όταν τον αντιληφθούν, υποφέρουν εντονότερα και για μακρύτερο χρονικό διάστημα. (Verhaak et al. 1998). Άρα η παλαιότερη αντίληψη ότι η προϊούσα ηλικία απευαισθητοποιεί το άτομο από τον πόνο, δεν ευσταθεί πλέον. Ισχύει ακριβώς το αντίθετο. Οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευάλωτοι στον καταστροφικό αντίκτυπο του συνεχούς πόνου (Edwards 2005).

Τρίτη ηλικία και οξύς πόνος

Ο οξύς πόνος είτε είναι σπλαγχνικός είτε σωματικός, συνήθως εκδηλώνεται με τρόπους εύκολα περιγράψιμους και παρατηρήσιμους. Παθήσεις σχετιζόμενες με σπλαγχνικό πόνο όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, νεφρική νόσος, χολολιθίαση, και πλευριτικός πόνος, επηρεάζουν ζωτικές λειτουργίες καθώς και τη θνητότητα και τη θνησιμότητα. Παρότι ο πόνος είναι πρωτεύον σύμπτωμα σε ασθενείς με παθολογίες σπλαγχνικής προέλευσης, στους ηλικιωμένους συχνά παρουσιάζεται με άτυπη εικόνα, πτωχή εντόπιση και αντανάκλαση σε διαφορετικά σημεία. Η διάγνωση γίνεται δυσκολότερη (Raja et al. 1999).

Τρίτη ηλικία και χρόνιος πόνος

Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει το 50-80% των ηλικιωμένων, καθώς αυτοί είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από μυοσκελετικούς πόνους (Verhaak et al. 1998). Οι ηλικιωμένοι είναι πιθανό να πάσχουν επίσης από νευροπαθητικό πόνο όπως νευραλγία τριδύμου, διαβητική νευροπάθεια, πόνο μέλους φάντασμα κα. Η Τρίτη ηλικία μπορεί από μόνη της να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου έναρξης χρόνιου πόνου και αδυναμίας ανάρρωσης από αυτόν. Επίσης, η συχνότητα της λειτουργικής ανικανότητας λόγω χρόνιου πόνου, μυοσκελετικής κυρίως προέλευσης αυξάνεται με την ηλικία (Pickering et al. 2001).

Θα πρέπει συνεπώς να εφαρμόζεται διαφορετική αντιμετώπιση του οξέος και του χρόνιου πόνου στους ηλικιωμένους. Για τον οξύ πόνο, η άτυπη εικόνα υπαγορεύει την ύπαρξη εξαιρετικών ικανοτήτων παρατήρησης, καθώς και τη χρήση κοινής λογικής και υπομονής από πλευράς ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, έτσι ώστε να καταλήξουν στη σωστή διάγνωση. Αντιστοίχως υπάρχει συμφωνία διαφόρων ερευνητών ότι ο μετεγχειρητικός και ο καρκινικός πόνος στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι χαμηλότερης έντασης και συχνότητας απ' ότι στις νεότερες ηλικίες. Αντίθετα η συχνότητα του χρόνιου πόνου αυξάνεται, ειδικά ο αρθρικός, αντικατοπτρίζοντας την αύληση της συχνότητας της οστεοαρθρίτιδας με την αυξανόμενη ηλικία. Παρόλα αυτά η ετερογένεια και η πολυπλοκότητα του χρόνιου πόνου επιβάλλει τη χρήση

διαγνωστικών εργαλείων πόνου, έτσι ώστε να υπολογίζεται σωστά η επίδρασή του στους ηλικιωμένους. Η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης χρόνιου πόνου στους ηλικιωμένους, θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να προσαρμόσουν επαρκείς φαρμακολογικές και μη στρατηγικές για τη μείωση του ανυπόφορου πόνου (Pickering 2005).

1.3 Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του πόνου και ιδιαίτερα του χρόνιου πόνου. Έχουν αντίκτυπο στη λειτουργικότητα και την ψυχική κατάσταση των ηλικιωμένων. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να συνεκτιμώνται κατά την αξιολόγηση κάθε προγράμματος αντιμετώπισης χρόνιου πόνου. Όσο πιο πολύ χρονίζει ο πόνος τόσο πιο πιθανό είναι το άτομο να εμφανίσει κατάθλιψη, κοινωνική απόσυρση, ευερεθιστότητα και ενασχόληση με τη συμπτωματολογία. Η αποτυχημένη θεραπεία- εφόσον ο πόνος εξακολουθεί- προκαλεί αισθήματα θυμού, ματαίωσης και άγχους (Gibson et al. 1994). Η σχέση μεταξύ πόνου και ψυχοκοινωνικών παραγόντων είναι αμφίδρομη. Το κοινωνικό πλαίσιο μέσω του οποίου βιώνεται ο πόνος, η σημασία που δίνεται σε αυτόν, και άλλα χαρακτηριστικά όπως τα πιστεύω, οι στάσεις η προσωπικότητα και η διάθεση διαμορφώνουν την εμπειρία του πόνου.

Οι **ψυχικοί παράγοντες** που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου είναι:

- Οι στάσεις
- Οι εκτιμήσεις
- Τα πιστεύω
- Η χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου
- Η κατάσταση της διάθεσης
- Στοιχεία προσωπικότητας
- Γνωσιακή λειτουργικότητα
- Νοηματοδότηση συμπτωμάτων , και
- Κίνητρα.

Οι **κοινωνικοί παράγοντες** που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου είναι:

- Ο ρόλος της οικογένειας

-
- Το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης
 - Θέματα κουλτούρας
 - Θρησκευτικές τάσεις
 - Οικονομική κατάσταση και
 - Εργασιακές υποχρεώσεις.

Είναι βέβαιο ότι αυτές οι δύο κατηγορίες είναι αλληλένδετες και επηρεάζουν η μια την άλλη. Η σημαντικότητα πολλών από τους παραπάνω παράγοντες μεταβάλλεται με την ηλικία (Gibson 2005). Ένα 40-80% των ασθενών όλων των ηλικιών με χρόνιο πόνο υποφέρουν από κατάθλιψη, και πάνω από το 50% αναφέρουν δυσκολίες στον ύπνο. Δεν είναι όμως ξεκάθαρο, με ποιο τρόπο διαμορφώνονται αυτά τα ποσοστά για τους ηλικιωμένους. Ως προς τη σχέση διάθεσης και ηλικίας, οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει μια κορύφωση της συχνότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, του άγχους, και των άλλων συναισθηματικών διαταραχών προς το τέλος της μέσης ηλικίας. Μετά ακολουθεί πτώση κατά την τρίτη ηλικία (Stacey & Gatz 1991, Costa et al. 1987).

Η συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άτομα με χρόνιο πόνο είναι περίπου 40% σε κάθε ηλικιακή ομάδα. Τα συμπτώματα άγχους είναι έκδηλα σε ασθενείς με χρόνιο πόνο για διάφορους λόγους. Η συχνά άγνωστη αιτιολογία του συνεχιζόμενου πόνου μπορεί να οδηγήσει σε ανησυχία και αβεβαιότητα για τη διάρκεια και την εξέλιξή του, καθώς και φόβο, άγχος. Το άγχος και η κατάθλιψη φαίνεται να έχουν κοινό νευροφυσιολογικό και νευροχημικό υπόστρωμα με το χρόνιο πόνο, γι' αυτό και συχνά συνυπάρχουν (Gibson 2005).

Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από χρόνιο πόνο, έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, και μειωμένη συχνότητα ψυχιατρικών παθήσεων που σχετίζονται με τον πόνο,- όπως υποχονδρίαση, κατάχρηση ουσιών, ψυχογενής πόνος, φοβίες, γενικευμένες αγχώδεις καταστάσεις κα- από νεαρότερους ενήλικες.

Υπάρχουν πολλοί πιθανοί λόγοι για την εξήγηση αυτών των διαφορών. Πιθανότατα οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ψυχικά ασταθείς, έχουν περισσότερο

συναισθηματικό έλεγχο και μικρότερες διακυμάνσεις στα επίπεδα του συναισθήματος, απ' ότι οι νεότερες ηλικίες (Stacey & Gatz 1991).

Άλλος πιθανός λόγος είναι ότι οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν να αναφέρουν συναισθηματικά προβλήματα και προτιμούν να προβάλλουν τον εαυτό τους θετικά, τονίζοντας κοινωνικά αποδεκτά χαρακτηριστικά. Αυτές οι αλλαγές πιθανώς να προέρχονται από μια εξελικτική διαδικασία ενός είδους ψυχολογικής ανοσίας λόγω της επανειλημμένης έκθεσης σε δύσκολες καταστάσεις ή σε μια επιρροή της ηλικιακής ομάδας όπου η στωικότητα είναι ένα αξιόλογο χαρακτηριστικό (Jorm 2000, Gibson 1994).

Παρόλα αυτά ο χρόνιος πόνος επηρεάζει σημαντικά την τρίτη ηλικία όπου έχουν 4-5 περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κλινική κατάθλιψη από την αντίστοιχη υγιή ηλικιακή ομάδα (Ohayon & Schatzberg 2003).

Ο πόνος επίσης σχετίζεται με ελλείμματα στην προσοχή, στη βραχυπρόθεσμη μνήμη, στην αφηρημένη σκέψη, την πνευματική ευελιξία και την εκτελεστική λειτουργία. Αυτό ισχύει για όλες τις ηλικίες. Στην τρίτη ηλικία προστίθεται η γνωσιακή παρακμή που συμβαίνει λόγω γήρατος (Gibson 2005).

Το μετεγχειρητικό παραλήρημα είναι συχνό στους ηλικιωμένους και συνήθως ενοχοποιείται η αναισθησία. Όμως έχει αποδειχθεί ότι αιτία του παραληρήματος είναι ο μετεγχειρητικός πόνος και όχι η διάρκεια της επέμβασης ή η δοσολογία και ο τύπος του αναισθητικού (Heyer et al. 2000).

Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο είναι οκτώ φορές πιο πιθανό να θεωρήσουν κακή την υγεία τους σε σύγκριση με άτομα που δεν πονούν. Οι νεαροί ενήλικες επηρεάζονται περισσότερο από τους ηλικιωμένους ως προς τη νοσηματοδότησή του στα επίπεδα υγείας τους. Οι ηλικιωμένοι δεν δίνουν μεγάλη βαρύτητα στον πόνο όταν αξιολογούν την κατάσταση υγείας τους. Αυτό πιθανόν να επηρεάζει την συχνότητα αναφοράς του πόνου, την αντίληψη ανάγκης για θεραπεία και την παρατηρούμενη επίδραση του πόνου στην διάθεση, τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής (Gibson 2005).

Οι ηλικιωμένοι συχνά ζουν μόνοι, έχουν χηρεύσει και έχουν μικρότερο κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο. Αυτό είναι πιθανό να αυξάνει την αναφορά του πόνου, καθώς έτσι θα αυξάνεται και η φροντίδα από το περιβάλλον (Roy 1987).

Υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και τη διαμόρφωση της εμπειρίας του πόνου στην τρίτη ηλικία. Χρειάζονται όμως περισσότερες μελέτες που θα εντυπώσουν στη σχέση αυτή και θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε την αντίληψη του πόνου στους ηλικιωμένους.

2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), χρησιμοποιεί τον όρο Παραδοσιακή Ιατρική (Traditional Medicine) για να καλύψει όλο το φάσμα των συμπληρωματικών/ εναλλακτικών θεραπειών.

Ορίζει την Παραδοσιακή Ιατρική ως το σύνολο της γνώσης, των τεχνικών, και των πρακτικών με βάση τις θεωρίες, τα πιστεύω, και τις εμπειρίες κάθε πολιτισμού, που χρησιμοποιείται για τη διατήρηση της υγείας, αλλά και την πρόληψη, βελτίωση ή θεραπεία της σωματικής και ψυχικής ασθένειας.

Ο όρος Παραδοσιακή Ιατρική ανταλλάσσεται με τους όρους συμπληρωματικές / εναλλακτικές θεραπείες (ή ιατρική), όταν αναφέρεται σε μια ευρεία διάσταση θεραπευτικών τεχνικών που δεν είναι τμήμα της παράδοσης της χώρας αυτής και δεν είναι ενσωματωμένη στο επικρατούν σύστημα υγείας της χώρας αυτής.

Από το 1978 ο ΠΟΥ με τη διακήρυξη της Alma – Ata και μήνυμα : υγεία για όλους έως το 2000, προώθησε μια πολιτική που περιλάμβανε:

- α) την ενσωμάτωση της παραδοσιακής ιατρικής στα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της κάθε χώρας, με τις κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις
- β) την αναγνώριση και ένταξη των εναλλακτικών θεραπειών στις διεπιστημονικές ομάδες υγείας, ειδικότερα για την πρωτογενή πρόληψη στην κοινότητα.

2.2 ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.2.1 Ορισμός

Αρωματοθεραπεία είναι η επιστημονική χρήση των αιθέριων ελαίων με σκοπό την προαγωγή της υγείας και ευεξίας.

Τα αιθέρια έλαια είναι το αρωματικό μέρος των φυτών και παράγονται κυρίως με την μέθοδο της απόσταξης.

(Price & Price 1995)

Η αρωματοθεραπεία, όπως ασκείται σήμερα, στηρίζεται σε σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα. Οι βασικές της αρχές, όμως, στηρίζονται σε αρχαίους τρόπους χρήσης και πρακτικής που όμως εξακολουθούν να θεωρούνται αξιόπιστοι ακόμα και στις μέρες μας .

Ο ίδιος όρος μας βοηθά να κατανοήσουμε τη σημασία του. Η λέξη “άρωμα” σημαίνει οσμή, μυρωδιά ιδιαίτερης ποιότητας (όπως αυτές των φυτών και των δέντρων), ενώ με τη λέξη “θεραπεία” εξηγείται η χρήση των αιθέριων ελαίων με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η ίαση .

Τα αιθέρια έλαια προέρχονται από τα φυτά, τους ελαιοφόρους αδένες τους συγκεκριμένα. Είναι δραστικές θεραπευτικές ουσίες, τα οποία έχουν την ικανότητα να βοηθούν στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας όταν η σωματική , ψυχική και πνευματική ισορροπία διαταράσσεται .

Αν η εφαρμογή της γίνει σωστά από εξειδικευμένους αρωματοθεραπευτές ή λειτουργούς υγείας με γνώση και πείρα , δεν παρατηρείται συνήθως καμία παρενέργεια , παράγοντας πολύ σημαντικός , γνωρίζοντας την τοξικότητα των χημικών φαρμάκων , τους κινδύνους εξάρτησης και την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος που μπορούν να προκαλέσουν .

2.2.2 Ιστορικά στοιχεία

Τα φυτά (ολόκληρα ή μέρος τους) χρησιμοποιούνται από την αρχαία εποχή για να ανακουφίσουν από τον πόνο, να προάγουν την επούλωση τραυμάτων, να καταπολεμήσουν μικρόβια και να διατηρήσουν την υγεία.

Οι ρίζες της αρωματοθεραπείας χάνονται στα βάθη των αιώνων, πολύ πριν υπάρξουν γραπτά μνημεία, αλλά πιστεύεται ότι απλές μέθοδοι απόσταξης χρησιμοποιούνταν στην Περσία, την Ινδία και την Αίγυπτο από το 3000 π.Χ. Είναι γνωστό ότι στην Ινδία χρησιμοποιούσαν σανδαλόξυλο, μύρο, τζίντζερ, κανέλα και κορίανδρο για θρησκευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Στην Αίγυπτο, το λίκνο της Ιατρικής στην αρχαία εποχή, χρησιμοποιούσαν κέδρο, κανέλα, μύρο και λιβάνι. Την εποχή αυτή, το 3000 π.Χ. περίπου, στην Αίγυπτο η χρήση των αιθέριων ελαίων και κατ' επέκταση των αρωμάτων ήταν στενά συνδεδεμένη με την θρησκεία: κάθε θεότητα είχε και το δικό της άρωμα.

Οι ιερείς κατείχαν μυστικές συνταγές αρωματικές και καλλυντικές. Οι περίφημες μούμιες τυλίγονταν σε γάζες εμποτισμένες σε αιθέρια έλαια, κυρίως κέδρου και λιβανιού, καθώς και σε άλλα αρωματικά ρετσίνια, γεγονός που συνέβαλε στην διατήρησή τους μέχρι σήμερα. Τα κατάλοιπα των οποίων είναι ανιχνεύσιμα χιλιάδες χρόνια μετά καθώς και ίχνη από αρωματισμένες πομάδες και έλαια όπως στύρακα και λιβάνι που βρέθηκαν σε διακοσμημένα βάζα και μυροδοχεία. Υπάρχει πλήρης εικονογραφία διατηρημένη ως σήμερα που περιγράφει τον τρόπο παραγωγής τέτοιων ελαίων και ηδύποτων στην περιοχή του Νείλου.

Ένα τέτοιο σκεύασμα είναι το «κύφι» : ένα μείγμα 16 διαφορετικών συστατικών που μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως θυμίαμα ή ως φάρμακο . Θεωρείτο αντισηπτικό ,βαλσαμικό , κατευναστικό, αντίδοτο δηλητηρίου και το οποίο σύμφωνα με τον Πλούταρχο μπορούσε να νανουρίσει κάποιον, να μειώσει το άγχος του και να φωτίσει τα όνειρά του (Lawless 1992).

Η Ινδία και η Αίγυπτος δεν ήταν οι μόνες χώρες που χρησιμοποιούσαν αρωματικά παράγωγα για θρησκευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς: οι Ασσύριοι, οι Βαβυλώνιοι, οι Φοίνικες, οι Εβραίοι, οι Κινέζοι, οι Έλληνες, οι Ρωμαίοι και τελικά οι Χριστιανοί, όλοι έκαιγαν ρετσίνια σε θρησκευτικές, μυστικιστικές και εξαγνιστικές τελετές.

Οι Έλληνες ειδικά έμαθαν πολλά για αυτά από τους Αιγύπτιους . Ο Ηρόδοτος που επισκέφθηκε την Αίγυπτο, κατέγραψε τη μέθοδο απόσταξης του τερεβινθέλαιου το 425 πχ περίπου καθώς και άλλες λεπτομέρειες σχετικά με τα αρωματικά υλικά. Ο Ιπποκράτης επίσης αναφέρεται σε αυτά και μάλιστα προτείνει αρωματικούς υποκαπνισμούς και θερμά επιθέματα με αιθέρια έλαια. Ένα γνωστό αρωματικό παρασκεύασμα της εποχής εκείνης είναι το «μεγαλείον» που περιείχε μύρο, κασσία και κανέλλα . Αυτό όπως και το κύφι χρησιμοποιείτο και ως θεραπεία για ερεθισμούς του δέρματος και τις πληγές του πολέμου .Μας είναι επίσης γνωστό ότι προτιμούσαν το λάδι της αγριελιάς για να εκχυλίσουν τα αρωματικά έλαια γιατί ήταν πιο λεπτόρρευστο και με πιο διακριτικό άρωμα από το λάδι της καλλιεργημένης ελιάς (Dalby 2000) .

Οι Ρωμαίοι ήταν ακόμα πιο αφειδείς στη χρήση αρωμάτων και αρωματικών ελαίων για το σώμα , τα μαλλιά ,τα ενδύματα και τα υπνοδωμάτιά τους .Με την πτώση της Ρωμαϊκής και μετέπειτα της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας η γνώση

αυτή μεταφέρθηκε στην ανατολή και τα βιβλία του Γαληνού , του Διοσκουρίδη και του Ιπποκράτη μεταφράστηκαν στα περσικά και τα αραβικά.

Το 980 μ.Χ. ο Αβικένας, ένας Πέρσης γιατρός, τελειοποίησε τη μέθοδο απόσταξης των αιθέριων ελαίων και η αντίστοιχη συσκευή, το αποστακτήριο, πήρε τη σημερινή της μορφή. Από τότε δόθηκε περισσότερη έμφαση και άρχισε να γίνεται ευρύτερη χρήση των ουσιών αυτών. Φαίνεται δε, από ανασκαφές στην Ταξίλα ,στα Ιμαλάια, ότι το αποστακτήριο ήταν ήδη γνωστό από το 3000 πΧ.

Κατά τον Μεσαίωνα, στην Ευρώπη, καλλιεργούσαν ευρέως βότανα και αρωματικά φυτά ενώ γινόταν για πρώτη φορά γνωστές οι ιδιότητες και οι χρήσεις του αιθέριου ελαίου της λεβάντας. Τον 14ο αιώνα έκαιγαν πεύκο και λιβάνι στους δρόμους, χρησιμοποιούσαν αρωματικά κεριά και κρέμαγαν βότανα, μπαχαρικά και ρετσίνια γύρω από τον λαιμό τους, για να προστατευτούν από τους λοιμούς που μάστιζαν τότε την ανθρωπότητα (Price 1993).

Κατά την Αναγέννηση η χρήση των αιθέριων ελαίων ήταν πλέον πολύ διαδεδομένη και στον Φαρμακευτικό Κώδικα της Γερμανίας, που συντάχτηκε γύρω στο 1600, αναφέρονται τα αιθέρια έλαια της λεβάντας και του άρκευθου. Την εποχή αυτή καθιερώθηκαν και οι γνωστοί από την προχριστιανική εποχή βοτανικοί κήποι στα Πανεπιστήμια που δίδασκαν την Ιατρική. Την ίδια περίοδο έγινε και ο διαχωρισμός των αρωματοποιών από τους φαρμακοποιούς.

Κατά το τέλος του 19ου αιώνα ένα νέο ρεύμα σκέψης, όσον αφορά την θεραπευτική, άρχισε να διαμορφώνεται και να επηρεάζει όλο και περισσότερο την ιατρική πρακτική. Διατυπώθηκε δηλαδή η άποψη ότι είναι καλύτερο να απομονωθούν εργαστηριακά τα δραστικά συστατικά από τα φυτά ή και να παραχθούν συνθετικά, δίνοντας έτσι προϊόντα φθηνότερα και πιο ομοιογενή. Τα φάρμακα που παράχθηκαν και παράγονται με τον τρόπο αυτό είναι πολύ ισχυρά στην δράση τους και έχουν πάντα ορισμένες παρενέργειες. Είναι ειρωνικό ότι αυτή η ενθουσιώδης έρευνα για την συνθετική παραγωγή των αιθέριων ελαίων ενώ οδήγησε στην ανάπτυξη της σύγχρονης φαρμακοποιείας, ταυτόχρονα υποσκέλισε την αξιοπιστία της βοτανολογίας και τη χρήση των αιθέριων ελαίων .

Αναβίωση του ενδιαφέροντος για τις φυσικές θεραπείες είχαμε στην αρχή του 20ου αιώνα. Μεταξύ άλλων πρωτοπόρων ο Gattefossé, που θεωρείται και πατέρας της σύγχρονης Αρωματοθεραπείας, ασχολήθηκε συστηματικά με την ανάλυση των συστατικών των αιθέριων ελαίων και τις ιδιότητες τους. Ήταν ο πρώτος που διαπίστωσε ότι τα αιθέρια έλαια απορροφώνται και μέσω της επιδερμίδας σε μισή έως μια ώρα μετά την επάλειψη. Επίσης διαπίστωσε ότι τα αιθέρια έλαια είναι πιο αποτελεσματικά όταν χρησιμοποιούνται ολόκληρα παρά τα συνθετικά παράγωγά τους ή μόνο τα δραστικά τους συστατικά. Ένας άλλος γιατρός και επιστήμονας, ο δρ Jean Valnet, χρησιμοποίησε την Αρωματοθεραπεία με επιτυχία σε συγκεκριμένα σωματικά και ψυχικά προβλήματα, τα αποτελέσματα των οποίων δημοσιεύτηκαν στο βιβλίο του “Aromathérapie” το 1964 (Lawless 1992). Το έργο του μελετήθηκε από την αισθητική Marguerite Maury και εφαρμόστηκε στη δουλειά της, όπου δημιουργούσε «αυστηρά προσωπικά μίγματα, προσαρμοσμένα στο ταμπεραμέντο και τα ειδικά θέματα υγείας του ατόμου » (Maury 1987).

Σήμερα πλέον η Αρωματοθεραπεία έχει χωριστεί σε δυο κλάδους, την Αισθητική και την Κλινική Αρωματοθεραπεία. Ο μεν πρώτος αφορά στην βελτίωση της επιφάνειας του δέρματος και των εξαρτημάτων του. Ο δε ασχολείται με το άτομο σαν ολότητα και επιχειρεί, με την σωστή επιλογή και εφαρμογή να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας και της ευεξίας του. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά ή συμπληρωματικά. Βέβαια αυτοί οι δυο κλάδοι τείνουν να συγκλίνουν καθώς η σύγχρονη Αισθητική κατανοεί την επίδραση της ψυχικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου στο δέρμα και σε άλλα αισθητικά προβλήματα (Price & Price 1995).

2.2.3 Τα αιθέρια έλαια

Κάθε φυτό είναι ένα ζωντανό χημικό εργοστάσιο ικανό να μετατρέψει την ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία του ήλιου σε ουσίες αναγκαίες και χρήσιμες για αυτό. Η διαδικασία της φωτοσύνθεσης λόγω της ουσιώδους σημασίας της για το φυτό ονομάζεται πρωτογενής μεταβολισμός. Τα προϊόντα του δευτερογενούς μεταβολισμού όπως τα αλκαλοειδή, οι ρητίνες, οι ταννίνες και τα αιθέρια έλαια δεν είναι αναγκαία για τις ζωτικές λειτουργίες του φυτού και ο τρόπος δράσης τους δεν είναι απόλυτα γνωστός.

Γενικά τα αιθέρια έλαια δίνουν την χαρακτηριστική μυρωδιά και γεύση στα βότανα και στα μυρωδικά, το άρωμα στα λουλούδια και τα φρούτα.

Δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητό γιατί μερικά φυτά περιέχουν αιθέρια έλαια και άλλα όχι. Είναι γνωστό ότι η αρωματική ιδιότητα των ελαίων παίζει ρόλο στην προσέλκυση ή απώθηση κάποιων εντόμων ή ζώων. Θεωρείται επίσης πιθανό οι ουσίες αυτές να παίζουν και κάποιο ρόλο στην αναπνοή και τις ζωτικές λειτουργίες των φυτικών οργανισμών και στην προστασία τους από τις ασθένειες.

Τα αιθέρια έλαια εκκρίνονται από ειδικούς αδένες και κύτταρα που βρίσκονται σε διάφορα μέρη του φυτού όπως στον φλοιό, τους σπόρους, τα άνθη, τις ρίζες, τα φύλλα και το ξύλο του. Για παράδειγμα, η νεραντζιά δίνει διαφορετικά αιθέρια έλαια από την φλούδα του καρπού της, από τα φύλλα και τα τρυφερά κλαδάκια της και από τα λουλούδια της.

Τα φυτά δεν περιέχουν όλα την ίδια ποσότητα αιθέριων ελαίων. Για παράδειγμα, χρειάζεται ένας τόνος ροδοπέταλα για να παραχθούν μόλις 300 gr αιθέριου ελαίου τριαντάφυλλου, ενώ 100 kg λεβάντας αποδίδουν περίπου 3 lt λεβάντας, και από 100 kg ευκαλύπτου παράγονται περίπου 10 lt αιθέριου ελαίου ευκαλύπτου.

Ένα αιθέριο έλαιο αποτελείται από πολλές οργανικές ενώσεις, εκατοντάδες σε ορισμένες περιπτώσεις. Η αναλογία των συγκεκριμένων συστατικών κάθε αιθέριου ελαίου προσδίδει σ' αυτό τις ιδιότητές του. Για παράδειγμα από τα συστατικά του το αιθέριο έλαιο της λεβάντας αποκτά, μεταξύ άλλων, τις επουλωτικές, αναλγητικές, αντιμικροβιακές και εμμηναγωγικές του ιδιότητες.

Η φαρμακολογική δράση των κυριότερων κατηγοριών αναλύεται συνοπτικά παρακάτω (Price & Price 1995, Tisserand & Balacs 1995).

Η πιο συχνά απαντώμενη κατηγορία είναι αυτή των υδρογονανθράκων, αλειφατικών και κυκλικών. Η δράση τους είναι ήπια αντισηπτική και βακτηριοκτόνος και σημαντικά καταπραϋντική. Παράδειγμα αυτών είναι το πινένιο (συστατικό του αιθέριου ελαίου του πεύκου) και το λεμονένιο (συστατικό του αιθέριου ελαίου του λεμονιού).

Οι αλκοόλες είναι η δεύτερη μεγάλη κατηγορία. Η δράση τους είναι ισχυρά βακτηριοκτόνα, ιοκτόνα και αντιλοιμωξιγόνα. Γενικά είναι μη τοξικές στη χρήση και δεν προκαλούν δερματικούς ερεθισμούς. Παράδειγμα η γερανιόλη

(συστατικό του αιθέριου ελαίου του γερανιού) και η λεβαντουλόλη (συστατικό του αιθέριου ελαίου της λεβάντας) .

Οι φαινόλες όπως και οι αλκοόλες έχουν ισχυρή αντισηπτική και βακτηριοκτόνα δράση. Επειδή διεγείρουν το νευρικό και το αμυντικό σύστημα ενεργοποιούν τις δυνάμεις αυτοϊασης του οργανισμού .Οι φαινόλες μπορεί να προκαλέσουν τοξικότητα στο ήπαρ και ερεθισμό στο δέρμα αν χρησιμοποιηθούν σε μεγάλες ποσότητες και για μακρύ χρονικό διάστημα. Παράδειγμα η θυμόλη (συστατικό του αιθέριου ελαίου του θυμαριού) και η ευγενόλη (συστατικό του αιθέριου ελαίου του γαρύφαλλου).

Οι κετόνες γενικά έχουν ουλοποιητική , λιπολυτική , βλεννολυτική και ηρεμιστική δράση. Μερικές έχουν επίσης αναλγητική αντιφλεγμονώδη , αντιπηκτική , χωνευτική , αποχρεμπτική ή τονωτική δράση. Παράδειγμα η πινοκαμφόνη (συστατικό του αιθέριου ελαίου του πεύκου) και η μενθόνη (συστατικό του αιθέριου ελαίου της μέντας). Χρειάζεται προσοχή στη χρήση τους ειδικά για τις εγκύους.

Οι εστέρες είναι χρήσιμοι στην εξισορρόπηση σωματικών και ψυχικών καταστάσεων. Γενικά έχουν δράση μυκητοκτόνα, αντιφλεγμονώδη, σπασμολυτική, ουλοποιητική, ηρεμιστική και τονωτική (ειδικά στο νευρικό σύστημα). Σαν τις αλκοόλες έχουν χαμηλή τοξικότητα. Παράδειγμα το οξεϊκό λεβαντύλιο και το η οξεϊκό γερανύλιο (συστατικά του αιθέριου ελαίου της λεβάντας και του γερανιού αντίστοιχα).

Οι λακτόνες είναι κυκλικοί εστέρες και έχουν βλεννολυτική, αποχρεμπτική και αντιπυρετική δράση. Η αρνητική τους πλευρά είναι ότι προκαλούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας και φωτοτοξικότητας. Παράδειγμα το μπεργκαππένιο και το κιτροππένιο, συστατικά του αιθέριου ελαίου του περγαμόντου.

Υπάρχει μόνο ένα γνωστό οξείδιο στα αιθέρια έλαια, και αυτό είναι η 1,8 κινεόλη, περισσότερο γνωστή ως ευκαλυπτόλη, συστατικό του αιθέριου ελαίου του ευκάλυπτου . Έχει βλεννολυτική και αποχρεμπτική δράση αλλά προκαλεί δερματικούς ερεθισμούς ειδικά στα παιδιά (Schnaubelt 1999, Price &Price1995, Tisserand &Balacs 1995).

2.2.4 Ιδιότητες των αιθέριων ελαίων

Είναι πτητικά

Έχουν υψηλό δείκτη εξάτμισης, ο οποίος είναι διαφορετικός για κάθε αιθέριο έλαιο. Οι περισσότερες από αυτές τις ουσίες κατατάσσονται σε μια από τις 3 παρακάτω κατηγορίες:

1. Υψηλές νότες: τα έλαια που ενεργούν σχεδόν άμεσα, εξατμίζονται μέσα σε λίγα λεπτά αναζωογονώντας νου και σώμα.
2. Μεσαίες νότες: η δράση τους γίνεται αντιληπτή πιο αργά, εξατμίζονται μέσα σε μερικές ώρες και επιδρούν στις λειτουργίες του σώματος ρυθμιστικά και εξισορροπητικά.
3. Χαμηλές νότες: εξατμίζονται σε μερικές μέρες και επιδρούν χαλαρωτικά και κατευναστικά.

Είναι εύφλεκτα

Γι' αυτό και χρειάζεται προσοχή όταν χρησιμοποιούμε συσκευές αρωματισμού χώρου. Επίσης πρέπει να φροντίζουμε να τα κρατάμε μακριά από εστίες φωτιάς.

Αλλοιώνονται και ταγγίζουν εύκολα όταν εκτεθούν στο ηλιακό φως ή στην ζέστη.

Γι' αυτό πρέπει να φυλάγονται σε δροσερό μέρος και σε σκούρα γυάλινα μπουκάλια με εσωτερικό σταγονόμετρο.

Διαλύονται μερικώς (κατά 20%) στο νερό και εντελώς στα λάδια και τα λίπη και στους οργανικούς διαλύτες, όπως το οινόπνευμα ,η βενζίνη κ.α. (Price 1993).

Τρόποι παρασκευής των αιθέριων ελαίων

Έκθλιψη : περιορίζεται στην οικογένεια των εσπεριδοειδών. Οι φλούδες των καρπών πιέζονται με μηχανικό τρόπο και κατόπιν συλλέγεται το αιθέριο έλαιο.

Εμπλουτισμός : Τα λουλούδια αναμειγνύονται με ζωικό λίπος που διαλύει και απορροφά το αιθέριο έλαιο. Αυτή η πομάδα διαλύεται σε αλκοόλη και στην συνέχεια αποσπάται το αιθέριο έλαιο.

Εκχύλιση : Τα λουλούδια ή τα φύλλα αναμειγνύονται με ζεστό φυτικό λάδι μέσα σε βάζο που τοποθετείται στον ήλιο. Μετά από μερικές βδομάδες στο έτοιμο πια για χρήση λάδι έχει διαλυθεί αρκετή ποσότητα αιθέριου ελαίου.

Απόσταξη, με ατμό : Η πρώτη ύλη βρίσκεται σε δοχείο το οποίο διαπερνά ατμός. Η υψηλή θερμοκρασία εξατμίζει και το αιθέριο έλαιο. Το μείγμα περνά από έναν εσπειραμένο σωλήνα ο οποίος ψύχεται εξωτερικά. Έτσι οι υδρατμοί γίνονται νερό και το αιθέριο έλαιο παίρνει την υγρή μορφή του. Αυτά συλλέγονται σε ειδικό δοχείο με μακρύ λαιμό και διαχωρίζονται εύκολα καθώς το αιθέριο έλαιο επιπλέει αδιάλυτο στο νερό (Lawless 1992) .

2.2.5 Τρόποι χρήσης των αιθέριων ελαίων

Γενικά, τα αιθέρια έλαια χρησιμοποιούνται διαλυμένα. Αντενδείξεις στη χρήση δεν υπάρχουν εφ' όσον η επιλογή και η δοσολογία των ΑΕ είναι σωστές. Η αραίωση προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία και την σωματική κατάσταση. Η επιλογή εξαρτάται από τα προβλήματα που υπάρχουν. Η εφαρμογή της ολιστικής αρωματοθεραπείας και η χρήση των αιθέριων ελαίων πρέπει να γίνεται αποκλειστικά και μόνο από εξειδικευμένους επαγγελματίες, με πείρα και εμπειρία των μεθόδων της . Λόγω της εμμηναγωγικής ιδιότητας κάποιων αιθέριων ελαίων, πρέπει να αποφεύγεται η χρήση τους κατά την περίοδο της εμμήνου ρύσεως και του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Αν και τα αιθέρια έλαια θεωρούνται φυσικά εκχυλίσματα χωρίς παρενέργειες , κατά την φύλαξή τους πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν φάρμακα και να διατηρούνται σε σημείο απρόσιτο για τα παιδιά , σε δροσερό και σκιερό μέρος .

Με βάση τις ιδιότητές τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εξής:

- Για εισπνοές, για αρωματισμό χώρου
- Για μπάνια, κομπρέσες, πλύσεις
- Για μασάζ, διαλυμένα σε φυτικά λάδια.
- Επίσης μπορούν να ληφθούν και εσωτερικά.

Τα αιθέρια έλαια απορροφώνται από το δέρμα και τους βλεννογόνους μέσα σε μισή ώρα από την επαφή μαζί τους και μέσω των τριχοειδών αγγείων μπαίνουν στην κυκλοφορία του αίματος.

Δρουν περίπου επί 6-12 ώρες, γι' αυτό και δεν πρέπει να υπερβαίνεται ποτέ η συγκεκριμένη ημερήσια δοσολογία των 10-15 σταγόνων.

Τα αιθέρια έλαια παρουσιάζουν συνέργεια μεταξύ τους, δηλαδή το ένα ενισχύει την δράση του άλλου. Αυτός είναι ο λόγος που συνήθως χρησιμοποιείται μείγμα από 3-4 αιθέρια έλαια κατά περίπτωση.

Η εφαρμογή με μασάζ χρειάζεται προσοχή εάν πρόκειται να εφαρμοστεί σε **όλο** το σώμα (Price 1993).

2.2.6 Δοσολογία αιθέριων ελαίων

(για ενήλικες μόνο)

10-15 σταγόνες την ημέρα. Για καθημερινή χρήση 8-10 σταγόνες την ημέρα.

Σε μπάνια: 6-8 σταγόνες στην μπανιέρα

Για κομπρέσες: 10 σταγόνες σε 100 ml νερό

Για εισπνοές: 6 σταγόνες σε μισή λεκάνη ζεστό νερό

Σε λάδι για:

- επαλείψεις 15 σταγόνες σε 50 ml φυτικό λάδι
- μασάζ σε όλο το σώμα 6-8 σταγόνες εφάπαξ δόση.

Η δοσολογία προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία και τη φυσική κατάσταση του ατόμου. Για παράδειγμα στους ηλικιωμένους η δοσολογία είναι μισή από αυτή των ενηλίκων.

2.2.7 Περιγραφή βασικών αιθέριων ελαίων

Ακολουθεί περιγραφή ορισμένων αιθέριων ελαίων με αναλγητική δράση που αναφέρονται στις κλινικές περιπτώσεις .

Ευκάλυπτος

(Blue Gum Eucalyptus, *Eucalyptus Globulus var. globulus*)

Αειθαλές δένδρο, γηγενές της Αυστραλίας και της Τασμανίας. Τώρα καλλιεργείται στην Ισπανία, την Πορτογαλία, τη Βραζιλία και αλλού. Το ύψος του μπορεί να φτάσει και τα 90 μέτρα. Υπάρχουν 700 είδη αυτής της οικογένειας, από τα οποία 500 παράγουν κάποιο Αιθέριο Έλαιο. Το Αιθέριο Έλαιο του Ευκαλύπτου παράγεται με απόσταξη με ατμό από τα φρέσκα ή μερικώς αποξηραμένα φύλλα και κλαδάκια και είναι άχρωμο, λεπτόρρευστο υγρό με έντονη καμφορώδη οσμή με ξυλώδεις τόνους. Γενικά είναι Έλαιο μη τοξικό που δεν προκαλεί αντιδράσεις υπερευαισθησίας. Διαλυμένο δεν προκαλεί ερεθισμό στους ενηλίκους. **Δεν πρέπει να λαμβάνεται εσωτερικά**, γιατί έχει αποδειχτεί τοξικό.

Δράση:

- Τονωτική
- Θερμαντική, φοινίσσουσα
- Επουλωτική, βαλσαμική
- Αναλγητική, αντινευραλγική
- Αντιπυρεττική, αντιρρευματική
- Αντισηπτική, ιοκτόνος, μικροβιοκτόνος, μυκητοκτόνος, παρασιτοκτόνος
- Σπασμολυτική, αποσυμφορητική, αποχρεμπτική
- Τονωτική του αμυντικού συστήματος
- Διουρητική
- Υπογλυκαιμική
- Αποτοξινωτική, αποσμητική

Χρήσεις:

Δέρμα:	Εγκαύματα, κοψίματα, πληγές, δερματικές μολύνσεις, φουσκάλες, έρπητας, ψείρες, δήγματα εντόμων, εντομοαπωθητικό.
Μυοσκελετικό:	Μυϊκοί πόνοι, ρευματοειδής αρθρίτιδα, διαστρέμματα.
Κυκλοφορικό:	Κακή κυκλοφορία.
Αναπνευστικό:	Άσθμα, καταρροή, ρινική συμφόρηση, ιγμορίτιδα, πονόλαιμος, αμυγδαλίτιδα, βήχας, βρογχίτιδα.
Ουρογεννητικό:	Κυστίτιδα, λευκόρροια.
Αμυντικό:	Κρυολογήματα, γρίππη, ανεμοβλογιά, ιλαρά.
Νευρικό:	Κατάπτωση, πονοκέφαλοι, νευραλγίες.

Θυμάρι

(Thyme, *Thymus Vulgaris*)

Αειθαλής θαμνίσκος με ύψος έως 45 εκατ., με μικρά γκριζοπράσινα αρωματικά φυλλαράκια και μωβ ή άσπρα λουλούδια. Γηγενές της Μεσογείου, τώρα καλλιεργείται σ' ολόκληρο τον κόσμο. Παραγωγοί του Αιθέριου Ελαίου είναι η Ισπανία, η Γαλλία, η Ελλάδα, το Ισραήλ, η Γερμανία, η Αλγερία και οι ΗΠΑ. Το Αιθέριο Έλαιο παράγεται με απόσταξη από τα φρέσκα ή μερικώς αποξηραμένα φύλλα και τις ανθισμένες κορυφές. Το ακατέργαστο απόσταγμα είναι το "κόκκινο" Αιθέριο Έλαιο του θυμαριού. Το "άσπρο" Αιθέριο Έλαιο παράγεται με περαιτέρω απόσταξη και καθαρισμό. Το κόκκινο Αιθέριο Έλαιο είναι χρώματος καφε-κόκκινου ή πορτοκαλί με δυνατή, ζέστη και πικάντικη οσμή. Το άσπρο είναι υποκίτρινο με γλυκιά, φρέσκια οσμή μέτριας έντασης. Το κόκκινο θυμάρι περιέχει υψηλά ποσοστά τοξικών φαινολών (καρβακρόλη και θυμόλη). Αυτές οι ουσίες μπορούν να ερεθίσουν τους βλεννογόνους ή το δέρμα και να προκαλέσουν αντιδράσεις υπερευαισθησίας σε μερικά άτομα. Πρέπει να χρησιμοποιείται με μέτρο και να αποφεύγεται κατά την εγκυμοσύνη. Το "γλυκό" θυμάρι (που περιέχει λιναλόλη) είναι γενικά λιγότερο τοξικό και ερεθιστικό με λιγότερες πιθανότητες αντίδρασης υπερευαισθησίας. Είναι ασφαλέστερο στην χρήση για το δέρμα και πιο ανεκτό από τα παιδιά.

Δράσεις:

- Τονωτική του αμυντικού, κυκλοφορικού, νευρικού συστήματος, επουλωτική, αντίθετη στην αποσύνθεση
- Αντισηπτική (των εντέρων, πνευμόνων και του ουρογεννητικού συστήματος), μικροβιοκτόνος, μυκητοκτόνος, παρασιτοκτόνος
- Αντιρρευματική, θερμαντική, εφιδρωτική, επισπαστική (μπορεί να μειώσει τον πόνο "διώχνοντας" το αίμα ή την φλεγμονή)
- Σπασμολυτική, αντιβηχική, αποχρεμπτική
- Υπερτασική, αντιοξειδωτική
- Ορεκτική, ανθελμινθική, προωθητική του εντερικού περιεχομένου
- Διουρητική, εμμηναγωγός, αφροδισιακή
- Αντιτοξική, στυπτική, βαλσαμική

Χρήσεις:

Δέρμα: Ακμή, λιπαρό δέρμα, αποστήματα, κοψίματα, καψίματα, μελανιές, δήγματα εντόμων, δερματίτιδες, έκζεμα, ψείρες, ψώρα.

Μυοσκελετικό: Αρθρίτικά, ουρική αρθρίτιδα, ρευματισμοί, διαστρέμματα, αθλητικοί τραυματισμοί, μυϊκοί πόνοι.

Κυκλοφορικό: Κακή κυκλοφορία, οίδημα, παχυσαρκία, κυτταρίτιδα.

Αναπνευστικό: Καταρροή, ιγμορίτιδα, λαρυγγίτιδα, αμυγδαλίτιδα, πονόλαιμος, βήχας, βρογχίτιδα, άσθμα.

Πεπτικό: Δυσπεψία, τυμπανισμός, διάρροια, ουλίτιδα

Ουροποιητικό: Κυστίτιδα, ουρηθρίτιδα.

Αμυντικό: Κρυολογήματα, γρίππη, κρυάδες, λοιμώδη νοσήματα.

Νευρικό: Πονοκέφαλος, αϋπνίες, νευρική κατάπτωση, στρες.

Λεβάντα

(Lavender, *Lavandula angustifolia*)

Αειθαλής, ξυλώδης θάμνος με ασημοπράσινα λογχοειδή φύλλα και όμορφα μωβ ανθάκια. Ολόκληρο το φυτό είναι πολύ αρωματικό. Είναι φυτό γηγενές της περιοχής της Μεσογείου αλλά τώρα καλλιεργείται σε ολόκληρο τον κόσμο. Κύριες παραγωγοί χώρες είναι η Γαλλία και οι Μεσογειακές, μη εξαιρουμένης της Ελλάδας. Το Αιθέριο Έλαιο παράγεται με απόσταξη με ατμό από τις ανθισμένες κορφές του φυτού και είναι άχρωμο με γλυκιά βοτανοειδή οσμή ανθέων. Είναι Έλαιο μη τοξικό, μη ερεθιστικό και δεν προκαλεί αντιδράσεις υπερευαισθησίας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αδιάλυτο.

Δράση:

- Κατευναστική και τονωτική
- Αντικαταθλιπτική, αντιεπιληπτική
- Νευροτονωτική
- Καρδιοτονωτική, υποτασική
- Αντισηπτική, ιοκτόνος, μικροβιοκτόνος, παρασιτοκτόνος, εντομοκτόνος
- Αναλγητική, αντιρρευματική
- Αντιτοξική, εφιδρωτική, αποσμητική
- Χολαγωγός, προωθητική του εντερικού περιεχομένου
- Σπασμολυτική
- Διουρητική, εμμηναγωγός
- Θερμαντική και φοινίσσουσα

Χρήσεις:

Δέρμα: Για όλους τους τύπους δέρματος, εγκαύματα από τον ήλιο, ερεθισμούς, αλλεργίες, ακμή, αποστήματα, δοθιήνες, σπυριά, πληγές, μώλωπες, καψίματα,

	μυκητιάσεις, δερματίτιδα, έκζεμα, φλεγμονή, ψωρίαση, ψείρες, δήγματα εντόμων, πιτυρίδα, εντομοαπωθητικό.
Μυοσκελετικό:	Λουμπάγκο, μυοσκελετικοί πόνοι, ρευματισμοί, διαστρέμματα.
Κυκλοφορικό:	Υπέρταση.
Αναπνευστικό:	Άσθμα, καταρροή, πονόλαιμος, λαρυγγίτιδα, βρογχίτιδα, κοκκύτης, κολικοί.
Ουρογεννητικό:	Κυστίτιδα, δυσμηνόρροια, λευκόρροια, προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο.
Αμυντικό:	Κρυολογήματα, γρίππη.
Νευρικό:	Κατάθλιψη, άγχος, νευρική ένταση, σοκ, αϋπνία, ίλιγγος, πονοκέφαλος, ημικρανία, ωταλγία, ισχιαλγία.

Μαντζουράνα

(Sweet Marjoram, *Origanum Majorana*)

Ευαίσθητο, θαμνώδες ετήσιο φυτό, ύψους έως 60 cm, με σκούρα πράσινα φύλλα και μικρά γκριζοπράσινα λουλούδια. Ολόκληρο το φυτό είναι πολύ αρωματικό. Είναι γηγενές της Μεσογείου, της Αιγύπτου και όλης της Βόρειας Αφρικής. Παράγεται κυρίως στην Τυνησία, το Μαρόκο, την Αίγυπτο, τη Βουλγαρία, την Ουγγαρία και τη Γερμανία. Το Αιθέριο Έλαιο παράγεται από το αποξηραμένο φυτό με απόσταξη με ατμό. Είναι ανοιχτού κίτρινου χρώματος με ζεστή ξυλώδη - καμφοροειδή οσμή. Είναι Έλαιο μη τοξικό και μη ερεθιστικό. Δεν προκαλεί αντιδράσεις υπερευαισθησίας. Να αποφεύγεται κατά την εγκυμοσύνη.

Δράση:

- Τονωτική και χαλαρωτική
- Αντισηπτική, ιοκτόνος, βακτηριοκτόνος, μυκητοκτόνος

-
- Αναλγητική, αντιοξειδωτική
 - Σπασμολυτική, βλεννολυτική
 - Τονωτική της καρδιάς, αγγειοδιασταλτική, υποτασική
 - Στομαχική, υπακτική και προωθητική του εντερικού περιεχομένου
 - Διουρητική, εφιδρωτική, εμμηναγωγός
 - Τονωτική των νεύρων και της κεφαλής

Χρήσεις:

Δέρμα: Χιονίστρες, μώλωπες, τσιμπούρια.

Μυοσκελετικό: Αρθρίτικά, μυϊκοί πόνοι και δυσκαμψία, λουμπάγκο, ρευματισμοί, διαστρέμματα.

Κυκλοφορικό: Υπέρταση.

Αναπνευστικό: Άσθμα, βρογχίτιδα, βήχας.

Πεπτικό: Κολικοί, δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, τυμπανισμός.

Γεννητικό: Λευκόρροια, προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, δυσμηνόρροια, αμμηνόρροια.

Αμυντικό: Κρυολογήματα.

Νευρικό: Πονοκέφαλοι, ημικρανίες, στρες και άγχος.

Χαμομήλι

(Roman chamomile, *Chamaemelum nobile*)

Ετήσιο βότανο ύψους περίπου 25 cm με άσπρα λουλούδια. Αναπτύσσεται έρποντας στο έδαφος. Γηγενές της νότιας και δυτικής Ευρώπης. Καλλιεργείται στη Β. Αμερική, την Αγγλία, το Βέλγιο, την Ουγγαρία κ.α. Το Αιθέριο Έλαιο είναι χρώματος γαλαζοκίτρινου με ζεστή γλυκιά και φρουτώδη οσμή.

Δράση:

- Αναλγητική, αντιφλεγμονώδης, αντιαλλεργική, αντιφλογιστική
- Σπασμολυτική, στομαχική, χολαγωγός και ηπατική

-
- Μικροβιοκτόνος, αντιπυρετική, μυκητοκτόνος και παρασιτοκτόνος
 - Εμμηναγωγός, χαλαρωτική του νευρικού συστήματος, τονωτική του αμυντικού συστήματος, επουλωτική και εφιδρωτική

Χρήσεις:

Δέρμα: Ακμή, αλλεργίες, δοθιήνες, εγκαύματα, κοψίματα, μελανιές, τραύματα, έκζεμα, δερματίτιδες, φλεγμονές, εξανθήματα, ευαίσθητο δέρμα, δήγματα εντόμων, πονόδοντος, φροντίδα μαλλιών.

Μυοσκελετικό: Αρθρικά, επώδυνες αρθρώσεις, μυϊκοί πόνοι, νευραλγίες, ρευματισμοί, διαστρέμματα.

Πεπτικό: Δυσπεψία, κολικοί, ναυτία.

Γεννητικό: Δυσμηνόρροια, μηνορραγία, προβλήματα εμμηνόπαυσης.

Νευρικό: Πονοκέφαλοι, ημικρανίες, νευραλγίες, αϋπνίες, ένταση, στρες

(Price 1993, Lawless 1992, Tisserand & Balacs 1995).

2.3 ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ

2.3.1 Αρωματοθεραπεία & Νοσηλευτική

Η αρωματοθεραπεία είναι η πιο δημοφιλής συμπληρωματική θεραπεία για τους νοσηλευτές στις ΗΠΑ. Παρότι η αρωματοθεραπεία χρησιμοποιείται ως θεραπευτική τεχνική από τους νοσηλευτές για πάνω από 15 χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι μόνο τα τελευταία χρόνια που έχει τύχει αναγνώρισης, ως σημαντικό τμήμα της ολιστικής νοσηλευτικής, από φορείς κύρους όπως το State Board of Nursing, που είναι το νοσηλευτικό ρυθμιστικό όργανο των ΗΠΑ (Buckle 2001).

Σύμφωνα με ορισμό της Henderson (1966), ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθά τον άνθρωπο (υγιείς και ασθενείς) στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή την αποκατάστασή της. Η συνεισφορά του νοσηλευτή, βοηθά επιπρόσθετα στην ανεξαρτητοποίηση του ανθρώπου από την ανάγκη της φροντίδας στο συντομότερο δυνατό χρόνο.

Για τη νοσηλευτική ο άνθρωπος είναι μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

Οι συμπληρωματικές θεραπείες έχουν στενή σχέση και συνάφεια με τη νοσηλευτική πρακτική, καθώς εστιάζονται στην ολιστική αντιμετώπιση του ανθρώπου.

Έχει αναγνωρισθεί από τη νοσηλευτική επιστημονική κοινότητα (Maddocks-Jennings & Wilkinson 2004), η ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας σε σχέση με την αρωματοθεραπεία, καθώς λίγες μόνο σχετικές έρευνες και μελέτες υπάρχουν ξεκινώντας από τις δεκαετίες του 1980 και '90 μέχρι σήμερα. Η πλειονότητα των ερευνών αυτών αφορούν στην ανακουφιστική φροντίδα, γεγονός που εξηγείται από το ότι η εφαρμογή της αρωματοθεραπείας στον κλινικό χώρο στο Ηνωμένο Βασίλειο τουλάχιστον, ξεκίνησε από τους ξενώνες τελικής νοσηλείας (hospices) προ μιας εικοσαετίας περίπου (Urba 1996, Ernst 2001, Kowalski 2002, Wilkinson et al 2007).

Ως αποτέλεσμα της υστέρησης αυτής, σήμερα δεν υπάρχει ένα πλήρως μελετημένο και ερευνητικά τεκμηριωμένο πλαίσιο για την αποτελεσματικότητα της αρωματοθεραπείας, οπότε ούτε έχει ενσωματωθεί αυτή στην άσκηση της νοσηλευτικής, ούτε έχει γίνει πλήρως αποδεκτή από τους επαγγελματίες υγείας στο σύνολό τους (Pfeil 1994, Buckle 2007).

Η έλλειψη συνεπώς εστιασμένης έρευνας και η ανάγκη νομοθετικής ρύθμισης των θεραπειών είναι σήμερα καίριοι τομείς που επιβάλλεται να εστιαστούν οι προσπάθειες.

2.3.2 Αρωματοθεραπεία και έρευνα

Παρατηρούμε ότι οι μέχρι σήμερα έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της αρωματοθεραπείας εξετάζουν την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων αιθέριων ελαίων, ως προς κάποιο παράγοντα, π.χ. πόνος, με τρόπο που υπερτονίζεται ίσως η συγκεκριμένη επίπτωση των μεμονωμένων αιθέριων ελαίων, παρά η συνδυαστική δράση θεραπευτή και αρωματοθεραπείας συνολικά. Είναι η επαγγελματική κατάρτιση και εμπειρία, αλλά και η προσωπικότητα του θεραπευτή, καθώς και η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα σε αυτόν και τον πάσχοντα που επιδρά, για να καταστήσει αποτελεσματική ή μη την παρέμβαση. Προκειμένου να συμπληρωθεί αυτό το κενό, στις έρευνες κατά τη γνώμη μας θα πρέπει να συνεισφέρουν όχι μόνο νοσηλευτές/επαγγελματίες υγείας με κάποιες γνώσεις αρωματοθεραπείας, αλλά και αρωματοθεραπευτές με νοσηλευτική κατάρτιση, ή άμεση σχέση με άλλα επαγγέλματα υγείας.

2.3.3 Η Ελληνική πραγματικότητα

Οι συμπληρωματικές μέθοδοι έχουν τύχει αρκετής προσοχής, προβολής ενημέρωσης, αλλά και δραστηριοποίησης, από επαγγελματίες του αντικειμένου, την τελευταία περίπου 10ετία στη χώρα μας. Ειδικότερα :

- Έχουν γραφεί αρκετά άρθρα σε ενημερωτικά έντυπα μέσα –περιοδικά και εφημερίδες- σχετικά με πολλές συμπληρωματικές θεραπείες, όπως ομοιοπαθητική, αρωματοθεραπεία, ρεφλεξολογία, σιάτσου, κα.
- Παράλληλα έχουν παρουσιαστεί στο ραδιόφωνο και την τηλεόραση ενημερωτικές εκπομπές και συνεντεύξεις, αλλά και συζητήσεις στρογγυλών τραπεζιών με παράθεση εμπειριών και τεχνογνωσίας από επαγγελματίες του χώρου για τις συμπληρωματικές μεθόδους.

-
- Έχουν επίσης λάβει χώρα αρκετές εξειδικευμένες παρουσιάσεις με θεματολογία σχετική με τις συμπληρωματικές θεραπείες σε ημερίδες, συνέδρια και διεπιστημονικά συμπόσια.
 - Έχουν λειτουργήσει μια σειρά από ιδιωτικές σχολές που απευθύνονται στην πρακτική και θεωρητική εκπαίδευση των επαγγελματιών του χώρου. Οι σχολές αυτές είναι συχνά 2ετούς διάρκειας με αρκετά φιλόδοξα και πολύωρα προγράμματα σπουδών, χωρίς όμως τα διπλώματα ή πιστοποιητικά σπουδών που χορηγούν να τυγχάνουν κάποιας κρατικής ή θεσμικής αναγνώρισης.
 - Αρκετοί από τους επαγγελματίες του χώρου έχουν δημιουργήσει συλλόγους και συνδέσμους στους οποίους εγγράφονται ως μέλη άτομα που πληρούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις.
 - Αρκετοί από τους συνδέσμους αυτούς, συνδέονται και με σχολές / εργαστήρια συμπληρωματικών θεραπειών και εκδίδουν μηνιαία ή 3μηνιαία έντυπα με σχετικά θέματα.
 - Επίσης σε επίπεδο ΑΕΙ και ΤΕΙ έχουν ήδη γίνει κάποιες ενέργειες που έχουν χαράξει τα πρώτα βήματα προς την κατεύθυνση της εισόδου μαθημάτων συμπληρωματικών θεραπειών στο κρατικό εκπαιδευτικό μας σύστημα :
 - στο ΤΕΙ Αθήνας, στη Νοσηλευτική Β΄ υπήρχε για αρκετά χρόνια μάθημα με τίτλο «εισαγωγή στις εναλλακτικές /συμπληρωματικές θεραπείες και εφαρμογή στη νοσηλευτική». Το εργαστηριακό αυτό μάθημα ήταν υποχρεωτικό, περιλάμβανε άσκηση των φοιτητών νοσηλευτικής του 7^{ου} εξαμήνου, και διδάχθηκε από το 1995 έως το 2002, οπότε με αλλαγή του προγράμματος σπουδών διεκόπη.
 - Επίσης στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου, το Τμήμα Μηχανικών Σχεδίασης Προϊόντων και Συστημάτων, οργανώνει και λειτουργεί από το ακαδημαϊκό έτος 2007-2008 Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) με τίτλο « Ολιστικά Εναλλακτικά Θεραπευτικά Συστήματα - Κλασική Ομοιοπαθητική».

Ως απόρροια των παραπάνω, έχει φυσιολογικά αυξηθεί και ο αριθμός των επαγγελματιών θεραπευτών που δραστηριοποιούνται σε θέματα συμπληρωματικών μεθόδων με ιδιωτική πελατεία. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι συνολικά οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες, έχουν υποστεί και ανελέητη και σοβαρή κριτική από αρκετούς εκπροσώπους των κλασσικών μεθόδων ιατροφαρμακευτικής θεραπείας, με επακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική αξιοπιστία του χώρου και των επαγγελματιών του.

Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, συμπεριλαμβανομένης βεβαίως και της αρνητικής κριτικής, έχει αντίστοιχα αυξηθεί ο βαθμός ενημέρωσης του κόσμου στην Ελλάδα σχετικά με τα θέματα αυτά, και μάλιστα σε μια εποχή που η υγιεινή διατροφή, τα βιολογικά και τα φυσικά προϊόντα και καλλυντικά γνωρίζουν πρωτόγνωρους ρυθμούς ανάπτυξης.

Με αυτά τα δεδομένα είναι σχεδόν νομοτελειακή η περαιτέρω ανάπτυξη των συμπληρωματικών και εναλλακτικών ως μεθόδων που έρχονται να δράσουν επικουρικά και ταυτόχρονα με τις κλασσικές ιατροφαρμακευτικές μεθόδους. Απομένει τα παραπάνω να οριοθετηθούν θεσμικά από πλευράς νομοθετικών ρυθμίσεων και κανονιστικού πλαισίου. Αυτό το γεγονός θα δράσει θετικά στο χώρο, καθώς θα επιτρέψει στους σοβαρούς επαγγελματίες να συνεχίσουν την εργασία τους σε ένα πιο δομημένο επαγγελματικό πλαίσιο, ενώ παράλληλα η θεσμική θωράκιση θα ξεκαθαρίσει το τοπίο απομονώνοντας εκείνους που έχουν δραστηριοποιηθεί περιστασιακά και με ελλιπή επαγγελματικά εφόδια.

3. ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κάθε συνεδρία Αρωματοθεραπείας ξεκινά με τη λήψη ατομικού ιστορικού που περιέχει πληροφορίες για την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, την ποιότητα του ύπνου, την ικανοποίηση από τον προσωπικό και εργασιακό χώρο, και τα επίπεδα άγχους του θεραπευόμενου. Είναι μια ευκαιρία να εκφράσει τις ανησυχίες του και τα προβλήματά του. Είναι επίσης μια ευκαιρία για τον Αρωματοθεραπευτή να ακούσει και να παρατηρήσει τον αποδέκτη, και να αντλήσει πληροφορίες επιπλέον των λεκτικών.

Όπως κύρια εργαλεία του νοσηλευτή είναι η παρατήρηση και η επικοινωνία, έτσι και ένας αποτελεσματικός Αρωματοθεραπευτής τα χρησιμοποιεί για να δημιουργήσει α) μια θεραπευτική σχέση, β) ένα μίγμα αιθέριων ελαίων κατάλληλο για τον αποδέκτη και γ) την πλέον αρμόζουσα εφαρμογή. Επιπλέον πληροφορίες αντλούνται από την επισκόπηση όπως π.χ. το χρώμα του δέρματος, οιδήματα, μώλωπες, κακή στάση του σώματος κ.

Οι πληροφορίες αυτές επικοινωνούνται στον αποδέκτη με κατάλληλο τρόπο και ταυτόχρονα προτείνονται κάποιες λύσεις έτσι ώστε να μετέχει της όλης διαδικασίας. Επίσης ενθαρρύνεται να ψάξει για περισσότερες πληροφορίες για το πρόβλημά του και προτείνονται ιστότοποι, άρθρα ή βιβλία ανάλογα με τις ανάγκες καθενός.

Κάθε μίγμα που δημιουργείται πρέπει να είναι εξατομικευμένο γι' αυτό και πρέπει να επαναπροσδιορίζεται σε κάθε συνεδρία και να αλλάζει όποτε αλλάζουν και τα δεδομένα του αποδέκτη.

Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι ο Αρωματοθεραπευτής πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένος σε ότι αφορά την Αρωματοθεραπεία και να έχει γνώσεις παθολογίας, φαρμακολογίας, συμβουλευτικής και διαιτολογίας σε ικανό επίπεδο ώστε να μπορεί να κατανοεί το πρόβλημα, να παρέχει συμβουλές, και να γνωρίζει πότε χρειάζεται παραπομπή σε άλλον ειδικό. Η Νοσηλευτική καλύπτει όλο αυτό το φάσμα των επιπλέον γνώσεων. Οι συνδυασμένες γνώσεις καθιστούν τον Νοσηλευτή πλέον κατάλληλο για την εφαρμογή

συμπληρωματικών θεραπειών τόσο στον κλινικό χώρο όσο και στην κοινότητα.

Τα παρακάτω ιστορικά αναδεικνύουν την ευελιξία της Αρωματοθεραπείας καθώς εφαρμόζονται με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικά περιβάλλοντα το καθένα. Τα περιστατικά αυτά, είναι πραγματικά και έχουν παρουσιαστεί τηρώντας την απαραίτητη εμπιστευτικότητα. Αφορούν προσωπική εμπειρία της εκπονώσης το παρόν, ως υπεύθυνης για την θεραπεία των 3 κλινικών περιπτώσεων που ακολουθούν, συνδυάζοντας τις επαγγελματικές γνώσεις Νοσηλευτικής και Αρωματοθεραπείας.

- Το πρώτο περιστατικό περιγράφει την περίπτωση άνδρα 65 ετών με μυοσκελετικούς πόνους χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά προβλήματα που διατηρεί την καλή φυσική του κατάσταση χωρίς πόνους και βελτιωμένη κινητικότητα επί μακρόν μέσω της Αρωματοθεραπείας.
- Το δεύτερο περιστατικό περιγράφει την περίπτωση γυναίκας 70 ετών στην τρίτη μετεγχειρητική ημέρα με πόνο και ναυτία. Η Αρωματοθεραπεία βοηθά στην αποκατάσταση αυτών των προβλημάτων, καθώς και στην μείωση του μετεγχειρητικού στρες στο νοσοκομείο.
- Το τρίτο περιστατικό περιγράφει την περίπτωση άνδρα 90 ετών με μεθερπητική νευραλγία. Η Αρωματοθεραπεία βοηθά στην αποκατάσταση του πόνου και του κνησμού σε διάστημα τεσσάρων μηνών. Η εφαρμογή της γίνεται στο σπίτι από την οικογένεια .

3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΗ

(Ακολουθεί η ατομική καρτέλα ιστορικού & συνεδριών)

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

α.α. 1

Ημερομηνία

7-11-1994

Όνοματεπώνυμο: ΝΚ

Διεύθυνση: XXXXX

Τηλέφωνο οικίας: ZZZZZΤηλέφωνο εργασίας: ΨΨΨΨΨ

Ημερομηνία γέννησης: 27- 7- 1929

Απασχόληση: Αρχιτέκτων

Παρούσα ενόχληση: Πόνος και δυσκαμψία αυχένα

Άλλες ενοχλήσεις:

Δέρμα (και τύπος δέρματος) :Λιπαρό

Μαλλιά: Λιπαρά

Μυοσκελετικό: Κράμπες από κακή προθέρμανση όταν παίζει τένις

Νευρικό / Αισθητήρια: ΚΦ

Αναπνευστικό: ΚΦ

Κυκλοφορικό : ΚΦ

Πεπτικό: ΚΦ

Ενδοκρινικό: ΚΦ

Ουρογεννητικό: ΚΦ

Ανοσοποιητικό / Λεμφικό: ΚΦ

Στρες / Ύπνος: Αϋπνίες, διακεκομμένος ύπνος, μόνο 5 ώρες ύπνου και +++ στρες λόγω ασθένειας συζύγου

Διατροφή : λιποδίαιτος, προσέχει πολύ το φαγητό του

Σημεία:

Στάση σώματος: λόρδωση του αυχενικού κυρτώματος και ελαφρά κύφωση, ο ένας ώμος ψηλότερα από τον άλλον

Όψη: ζωηρό βήμα, χαμογελαστός φαίνεται νεότερος.

Κατάσταση Δέρματος: καλή _____

Φαρμακευτική ή άλλη αγωγή: καμία εκτός από ήπια αναλγητικά σπανίως _____

Αντενδείξεις / Αλλεργίες: ΟΧΙ _____

Συμβουλές: +++ υγρά, μείωση βάρους τσάντας, αλλαγή χεριού, εκτάσεις
πριν παίζει τένις _____

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

1

Ημερομηνία 7-11-1994

Ονοματεπώνυμο: NK _____

Ενοχλήσεις: Πόνος και δυσκαμψία αυχένα, αϋπνίες _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, θυμάρι, μαντζουράνα _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: ΟΧΙ _____

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

2

Ημερομηνία 14-11-1994

Ονοματεπώνυμο: NK _____

Ενοχλήσεις: Πόνος και δυσκαμψία αυχένα, αϋπνίες _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, θυμάρι, χαμομήλι _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: ΟΧΙ _____

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

30

Ημερομηνία 20- 10 -1995

Ονοματεπώνυμο: ΝΚ _____

Ενοχλήσεις: Πόνος και δυσκαμψία αυχένα, αϋπνίες + κράμπες τη νύχτα _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: μαντζουράνα, θυμάρι, χαμομήλι _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: Λάδι για το σπίτι με ΑΕ βασιλικού, δεντρολίβανου και
ροδόξυλου, για τις κράμπες _____

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

31

Ημερομηνία 29-10-1995

Ονοματεπώνυμο: ΝΚ _____

Ενοχλήσεις: Πόνος και δυσκαμψία αυχένα, αϋπνίες +εξακολουθούν οι
κράμπες _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων λεβάντα, γκρέιπφρουτ, χαμομήλι _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: Το λάδι αντικαταστάθηκε με ΑΕ λεβάντας, μαντζουράνας και σανδαλόξυλου γιατί δεν του άρεσε η μυρωδιά.

.
. .
.

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

44

Ημερομηνία 7-12-1997

Ονοματεπώνυμο: ΝΚ _____

Ενοχλήσεις: Πόνος και δυσκαμψία αυχένα, αϋπνίες _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, μαύρο πιπέρι, βασιλικός _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: ΑΕ τριαντάφυλλου και γερανιού για τον ύπνο _____

.
. .
.

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

60

Ημερομηνία 10-5-1998

Ονοματεπώνυμο: ΝΚ _____

Ενοχλήσεις: Πόνος στο Δ γόνατο , είναι ζεστό και κόκκινο _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, άρκευθος, χαμομήλι _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: μείγμα για επάλειψη γόνατου με ΑΕ άρκευθου,
ευκαλύπτου και φασκόμηλου _____

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

119

Ημερομηνία 19-12-2000

Ονοματεπώνυμο: ΝΚ _____

Ενοχλήσεις: Ποικιλόχρους πυτιρίαση στην οσφυϊκή χώρα και τους βραχίονες

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, πεύκο, σανδαλόξυλο _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: Μίγμα ΑΕ μύρου, τσαγιόδενδρου και λεβάντας σε
φουντουκέλαιο για τη μυκητίαση _____

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

174

Ημερομηνία 13-3-2003

Ονοματεπώνυμο: ΝΚ _____

Ενοχλήσεις: Κρυολόγημα, ρινική συμφόρηση _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, νιαούλι, έλατο _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: ΑΕ έλατου για τη νύχτα _____

·
·
·

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

248

Ημερομηνία 27-2-2006

Ονοματεπώνυμο: ΝΚ _____

Ενοχλήσεις: Ιγμορίτιδα. Παίρνει αντιβίωση _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, ευκάλυπτος, σανδαλόξυλο _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: Εισπνοές με ΑΕ θυμαριού και έλατου καθημερινά. ΑΕ
μέντας σε μέλι για τη συμφόρηση x3/ ημέρα _____

.
.
.

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

279

Ημερομηνία 1-7-2008

Ονοματεπώνυμο: NK _____

Ενοχλήσεις: Από ταξίδι επαγγελματικό. Σωματική κόπωση _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, βασιλικός, σανδαλόξυλο _____

Έκδοχο: σταφυλοκουκκουτσέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: ΟΧΙ _____

Περιγραφή ιστορικού

ΧΡΟΝΟΣ ΑΓΩΓΗΣ: 15 ΕΤΗ

Ο κύριος Ν.Κ. , 65 ετών, παραπονείται για πόνο και δυσκαμψία στον αυχένα εδώ και δύο χρόνια. Ο πόνος έχει επιδεινωθεί σταδιακά. Αισθάνεται συνεχές βάρος στην περιοχή και οξύ πόνο κατά τη στροφή της κεφαλής του προς τα δεξιά. Αναφέρει ότι ο ορθοπαιδικός ιατρός που επισκέφθηκε του είπε – κατόπιν ακτινογραφίας αυχένα και εξέτασης – ότι παρουσιάζει κάποια οστεόφυτα και μία μικρή αυλική στένωση, ευρήματα που κατά τη γνώμη του δεν είναι παθολογικά, και του σύστησε παυσίπονα και φυσιοθεραπεία. Ο κύριος Ν.Κ. είναι γενικά κατά των φαρμάκων και προσπαθεί να μην παίρνει πολλά παυσίπονα. Είναι πολύ θετικός στη ιδέα της μάλαξης. Δεν έχει ποτέ αρωματοθεραπεία. Ο κύριος Ν.Κ. επίσης υποφέρει από αϋπνίες και δυσκολεύεται να κοιμηθεί το βράδυ. Ξυπνά δύο με τρεις φορές κάθε νύχτα και κοιμάται συνολικά γύρω στις πέντε ώρες. Το πρόβλημα αυτό το συνδέει με την ασθένεια της συζύγου του, που του προκαλεί μεγάλο άγχος. Παλαιότερα, προ δεκαετίας, ο κύριος Ν.Κ. υπέφερε από οσφυαλγία που τον καθήλωνε στο κρεβάτι για πολλές ημέρες, αλλά δεν έχει πλέον καθόλου ενοχλήσεις στην περιοχή αυτή.

Είναι ένας αδύνατος άνδρας, μετρίου αναστήματος με αθλητικό παράστημα. Φαίνεται νεότερος παρά τα λευκά του μαλλιά, και το βήμα του είναι ζωηρό. Ο κύριος Ν.Κ. είναι αρχιτέκτονας με δικό του γραφείο, οπότε συνεχίζει να εργάζεται. Είναι πολύ κοινωνικός, με ποικίλα ενδιαφέροντα. Αθλείται αρκετές φορές την εβδομάδα, παίζοντας τένις.

Είναι παντρεμένος με ένα γιο και τρία εγγόνια. Η σύζυγός του πάσχει από χρόνια μυελογενή λευχαιμία εδώ και δέκα έτη. Τον τελευταίο καιρό, οι αιματολογικές της εξετάσεις δείχνουν μία βαθμιαία επιδείνωση.

Κατά την πρώτη συνεδρία, ο κύριος Ν.Κ. εξεπλάγη που η εφαρμογή της αρωματοθεραπείας θα γινόταν σε όλο το σώμα. Θεωρούσε ότι χρειαζόταν μάλαξη μόνο η πλάτη και ο αυχένας του. Με το τέλος όμως της συνεδρίας, συνειδητοποίησε πόσο πολύ επηρέαζε ο αυχενικός πόνος όλο του το σώμα. Κατά την αρχική επισκόπηση παρατηρήθηκε ότι κρατούσε το δεξί ώμο πιο ψηλά από τον αριστερό. Επίσης, σε πλάγια στάση, το αυχενικό κύρτωμα

παρουσιαζόταν αυξημένο με αντίστοιχη κύφωση στο θωρακικό. Το δέρμα της περιοχής του αυχένα ήταν ερυθρό ενώ η θερμοκρασία του ήταν ανάλογη με το υπόλοιπο σώμα του. Το δέρμα του σώματος ήταν λιπαρό.

Το μίγμα που επιλέχθηκε περιείχε αιθέρια έλαια (ΑΕ) λεβάντας, θυμαριού και μαντζουράνας, και λάδι από κουκούτσια σταφυλιών.

Αιτιολόγηση: το ΑΕ της λεβάντας για την αναλγητική, αντιφλεγμονώδη, αντικαταθλιπτική και αγχολυτική του δράση. Το ΑΕ του θυμαριού για την αναλγητική, αντιρευματική, θερμαντική και γενικά τονωτική του δράση. Το ΑΕ της μαντζουράνας για την αναλγητική, αγχολυτική, ηρεμιστική, μυοχαλαρωτική και υπναγωγική. Το λάδι από κουκούτσια σταφυλιών είναι λιγότερο λιπαρό από τα άλλα φυτικά λάδια και κατάλληλο για λιπαρές επιδερμίδες.

Μετά το τέλος της συνεδρίας ένοιωθε πολύ χαλαρωμένος, παρότι δυσκολεύτηκε πολύ όσο ήταν σε πρηνή θέση λόγω της στροφής του αυχένα. Τονίστηκε η ανάγκη αυξημένης λήψης ύδατος μετά από κάθε συνεδρία για τη διευκόλυνση της αποβολής τοξινών. Επίσης επισημάνθηκε η διαφορά η διαφορά ύψους των ώμων μπροστά στον καθρέπτη. Συζητήθηκε η πιθανότητα μείωσης του βάρους του χαρτοφύλακα που κρατά κατά σύστημα στο δεξί χέρι, η αλλαγή του της πλευράς μεταφοράς.

Στη δεύτερη συνεδρία, ανέφερε μείωση του πόνου και της δυσκαμψίας του αυχένα για μία ημέρα μετά την πρώτη συνεδρία και επαναφορά των συμπτωμάτων σε ελαφρά ηπιότερη μορφή μετά. Δεν παρατήρησε καμία αλλαγή στο πρόβλημα της αϋπνίας. Αυτά ήταν αναμενόμενα λόγω της χρονιότητας και των δύο προβλημάτων.

Έγινε αντικατάσταση του ΑΕ της μαντζουράνας με ΑΕ χαμομηλιού για την αναλγητική, αντιφλεγμονώδη, ηρεμιστική (ιδιαίτερα του νευρικού συστήματος) και υπναγωγική του δράση.

Οι συνεδρίες ακολούθησαν εβδομαδιαία συχνότητα για τους επόμενους οκτώ μήνες. Παρατηρήθηκε μια σταδιακή βελτίωση των αρχικών προβλημάτων. Αρχικά η βελτίωση διατηρείτο για μία με δύο ημέρες. Σιγά-σιγά το διάστημα αυτό μεγάλωσε, μέχρι που παρέμεινε μία ήπια μόνο ενόχληση στον αυχένα. Το εύρος της κίνησης ήταν πλήρες. Η αϋπνία μειώθηκε αισθητά. Η ποιότητα του ύπνου βελτιώθηκε καθώς έπαψε να ξυπνά τη νύχτα. Η διάρκεια του νυχτερινού ύπνου ήταν έξι ώρες. Τα μίγματα που χρησιμοποιήθηκαν ακολούθησαν παρόμοιο σκεπτικό κι συμπεριλήφθηκαν και άλλα αιθέρια έλαια

με αναλγητική δράση, όπως δενδρολίβανο, έλατο και ευκάλυπτος. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών ο κος Ν.Κ. ήταν ομιλητικός, όχι από αμηχανία αλλά από ανάγκη εκτόνωσης. Μιλούσε για τα εγγόνια του και το γιο του και ελλειπτικά για τη σύζυγό του. Οι μηνιαίες πλέον αιματολογικές εξετάσεις της συζύγου του εμφάνιζαν μια σταδιακή επιδείνωση με μικρές περιόδους στασιμότητας και οριακής βελτίωσης. Οι συνεδρίες διακόπηκαν λόγω του καλοκαιριού και ξανάρχισαν κατά το τέλος Νοεμβρίου.

Κατά την 1^η συνεδρία το δεύτερου κύκλου ο κος Ν.Κ. ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού αισθάνθηκε μια σωματική ευεξία που είχε χρόνια να νοιώσει. Παρόλα αυτά είχε αρχίσει να τον ενοχλεί ξανά ο αυχέννας του. Η σύζυγός του είχε εμφανίσει ήπιους οστικούς πόνους, γεγονός που του προκαλούσε πολλή ανησυχία.

Γι' αυτό το λόγο στο 2^ο κύκλο συνεδριών δόθηκε επίσης έμφαση στην ψυχική του κατάσταση. Χρησιμοποιήθηκαν και αιθέρια έλαια με αγχολυτική και ηρεμιστική δράση όπως σανδαλόξυλο, βασιλικός, περγαμόντο και υλάνγκ-υλάνγκ.

Ο πόνος το αυχένα μειώθηκε και ανακτήθηκε η προηγούμενη κινητικότητα σε διάστημα περίπου 4 εβδομάδων. Οι συνεδρίες συνεχίστηκαν ως το Μάρτιο, οπότε η κατάσταση της συζύγου του επιδεινώθηκε και χρειάστηκε να νοσηλευτεί. Απεβίωσε τον Μάιο της ίδιας χρονιάς.

Ο κος Ν.Κ. συνέχισε τη θεραπεία μετά από περίπου 2 χρόνια. Ήταν τώρα 68 ετών. Η εμφάνισή του δεν είχε αλλάξει. Δεν είχε ξεπεράσει το θάνατο της συζύγου του, είχε όμως κάνει αξιέπαινες προσπάθειες προσαρμογής.

Τα σωματικά του προβλήματα παρέμεναν τα ίδια: αυχενικός πόνος με δυσκαμψία και αϋπνίες. Το πρόβλημα της αϋπνίας είχε τώρα καταθλιπτικά στοιχεία. Ξυπνούσε νωρίς το πρωί κατά τις 5:00 με αίσθημα απελπισίας και λύπης. Το βράδυ δυσκολευόταν να κοιμηθεί ενώ η ποιότητα του ύπνου του ήταν πτωχή. Είχε αρχίσει να παίρνει υπνωτικά χάπια (φθοριονιτραζεπάμη /Hypnosedon) με τη βοήθεια των οποίων κοιμόταν περίπου 5 ώρες. Είχε εμφανίσει επίσης υπέρταση (140/100 mm Hg), η οποία ελεγχόταν με το αντιυπερτασικό σκεύασμα (νιφεδιπίνη /Adalat) .

Τα μίγματα που χρησιμοποιήθηκαν συνεπώς έπρεπε να συνδυάζουν αιθέρια έλαια με αναλγητική, αντιρευματική, αντικαταθλιπτική, υπναγωγική και αντιυπερτασική δράση. Γενικά τα περισσότερα αιθέρια έλαια που έχουν

χαλαρωτική δράση, έχουν ταυτόχρονα και αντιυπερτασική. Χρησιμοποιήθηκαν αιθέρια έλαια όπως έλατο, μαντζουράνα, μαύρο πιπέρι, λεβάντα, βασιλικός, τριαντάφυλλο, σανταλόξυλο, υλάνγκ-υλάνγκ και περγαμόντο. Επίσης του συστήθηκε να χρησιμοποιεί αιθέρια έλαια με υπναγωγική – χαλαρωτική δράση το βράδυ σε συσκευή αρωματισμού. Οι συσκευές αυτές είναι ηλεκτρικές και χρησιμοποιούν τη θερμότητα για την εξάτμιση και διασπορά των αιθέριων ελαίων στην ατμόσφαιρα. Η εισπνοή χαλαρωτικών αιθέριων ελαίων τη νύχτα βοηθά στα προβλήματα αϋπνίας και άγχους, καθώς το φάσμα δράσης των είναι δωρο. Τα αιθέρια έλαια που χρησιμοποίησε στη συσκευή ήταν ένα μίγμα γερανιού και τριαντάφυλλου με δράση εξισορροπητική της διάθεσης, χαλαρωτική και αντικαταθλιπτική.

Σταδιακά υπήρξε ξανά βελτίωση στα προβλήματά του. Ο αυχένas έπαυσε να τον ενοχλεί. Τον κινούσε ελεύθερα. Οι αϋπνίες μειώθηκαν, καθώς η διάρκεια το ύπνου του ήταν συχνά δωρη τη νύχτα, και παράλληλα κοιμόταν και μια ώρα το μεσημέρι, χωρίς τη βοήθεια φαρμάκων.

Ο κος Ν.Κ. συνέχισε τις συνεδρίες του και τις συνεχίζει ακόμα. Δεν εμφανίζει πλέον τα αρχικά προβλήματα πόνου και αϋπνίας, η αρτηριακή του πίεση διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα με τη συνδρομή της ίδιας δοσολογίας αντιυπερτασικού φαρμάκου που έπαιρνε και προ 10ετίας. Περιστασιακά έχουν προκύψει άλλα ήπια προβλήματα υγείας, όπως κρυολογήματα, ιγμορίτιδα, ρευματικοί πόνοι στα γόνατα και βρογχίτιδα.

Σήμερα ο κος Ν.Κ. είναι 79 ετών και η υγεία του διατηρείται σε άριστη κατάσταση. Εξακολουθεί να εργάζεται και να παίζει τένις 2 φορές την εβδομάδα, προσέχει τη διατροφή του και το σωματικό του βάρος, και διατηρεί τον αθλητικό σωματότυπο που πάντα είχε. Η ψυχολογική του κατάσταση είναι άριστη, η κοινωνικότητά του συνεχίζεται αμείωτη, όπως και η ενασχόλησή του με τα ενδιαφέροντά του. Θεωρεί ότι η αρωματοθεραπεία τον έχει βοηθήσει σε καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση.

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ

(Ακολουθεί η ατομική καρτέλα ιστορικού & συνεδριών)

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

α.α.

2

ημερομηνία

16-10-1995

Όνοματεπώνυμο: ΣΜ _____

Διεύθυνση: XXXX _____

Τηλέφωνο οικίας: ΦΦΦΦΦ τηλέφωνο εργασίας: ΨΨΨΨΨ _____

Ημερομηνία γέννησης: 4-8-1930 _____

Απασχόληση: Συνταξιούχος φιλόλογος _____

Παρούσα ενόχληση: Πόνος στο επιγάστριο ,ναυτία, μετεωρισμός.3^η μτχ
ημέρα κατόπιν εκτομής και αναστόμωσης κατιόντος κόλου, (Dukes I),
ανησυχία ,άγχος _____

Άλλες ενοχλήσεις:

Δέρμα (και τύπος δέρματος) ξηρό _____

Μαλλιά ξηρά _____

Μυοσκελετικό ΡΑ _____

Νευρικό / Αισθητήρια ΚΦ _____

Αναπνευστικό πνευμονία τον περασμένο χρόνο _____

Κυκλοφορικό ΚΦ _____

Γαστρεντερικό δυσκοιλιότητα _____

Ενδοκρινικό ΚΦ _____

Ουρογεννητικό ΚΦ _____

Ανοσοποιητικό / Λεμφικό ΚΦ _____

Στρες / Ύπνος +++ στρες μετεγχειρητικά, οι ενοχλήσεις του εντέρου δεν την
αφήνουν να κοιμηθεί _____

Διατροφή παίρνει μόνο υγρά _____

Σημεία:

Στάση σώματος: Ήταν ξαπλωμένη _____

Όψη :Κουρασμένη ,πονεμένη _____

Κατάσταση Δέρματος: Ξηρό και αφυδατωμένο _____

Φαρμακευτική ή άλλη αγωγή: Ενδοφλέβιοι οροί και αντιεμετικά _____

Αντενδείξεις / Αλλεργίες: Το μασάζ σε όλο το σώμα αντενδείκνυται λόγω
επέμβασης , 0 αλλεργίες _____

Συμβουλές: Σύντομοι περίπατοι για τον μετεωρισμό και το αναπνευστικό,
προσοχή στο είδος των υγρών _____

ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α. 1

Ημερομηνία 16-10-1995 _

Όνοματεπώνυμο: ΣΜ _____

Ενοχλήσεις: Πόνος στο επιγάστριο ,ναυτία, μετεωρισμός, ανησυχία ,άγχος ____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, χαμομήλι, μάραθος

Έκδοχο: Αμυγδαλέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: όχι _____

ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α. 2

Ημερομηνία 17-10-1995 _

Όνοματεπώνυμο: ΣΜ _____

Ενοχλήσεις: Πόνος στο επιγάστριο ,ναυτία, μετεωρισμός, ανησυχία ,άγχος ____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντα, χαμομήλι, μάραθος

Έκδοχο: Αμυγδαλέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: ΑΕ λεβάντας , 1 σταγόνα κάθε βράδυ στο μαξιλάρι για ήρεμο
ύπνο _____

Περιγραφή ιστορικού

ΧΡΟΝΟΣ ΑΓΩΓΗΣ: 2 ΗΜΕΡΕΣ

Η κυρία Σ.Μ. , 70 ετών, βρίσκεται στην τρίτη μετεγχειρητική ημέρα μετά από εκτομή τμήματος του κατιόντος κόλου για καρκίνο (στάδιο I κατά Dukes) και αναστόμωση, και αφαίρεση πολύποδων στο εγκάρσιο. Η μετεγχειρητική της πορεία ήταν ομαλή μέχρι την τρίτη ημέρα, όπου ξεκίνησε να παίρνει υγρά από το στόμα. Κατά τη διάρκεια της ημέρας άρχισε να αισθάνεται σταδιακά αυξανόμενο πόνο στο επιγάστριο, ναυτία, τάση προς έμετο, και μετεωρισμό. Η ενόχλησή της ήταν τόσο, παρ' όλη την αντιεμετική αγωγή (υδροχλωρική προμεθαζίνη/Phenergan) που όταν τη συνάντησα εκείνο το απόγευμα, ένοιωθε τελείως εξαντλημένη και πολύ απαισιόδοξη για την κατάστασή της.

Όταν μπήκα στο δωμάτιό της στο νοσοκομείο, βρήκα μια κατανυκτική κατάσταση. Όλη της η οικογένεια (σύζυγος και δύο κόρες) καθόταν γύρω της αμίλητοι και σκυθρωποί στο ημίφως και η ίδια ήταν ξαπλωμένη στο κρεβάτι με τα μάτια κλειστά και ανήσυχη έκφραση. Έπαιρνε ακόμα ενδοφλέβια υγρά.

Γνώριζα την κυρία Σ.Μ. και παλαιότερα, λόγω του προβλήματός της, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Έτσι, το ιστορικό της μου ήταν γνωστό και δεν χρειάστηκε παρά να ρωτήσω για το πρόβλημα που την ταλαιπωρούσε εκείνη τη στιγμή. Η κυρία Σ.Μ. έπασχε από ρευματοειδή αρθρίτιδα από την ηλικία των 43 ετών με προβλήματα κυρίως στα σφυρά και τα χέρια. Σε αυτή τη φάση η αρθρίτιδά της βρισκόταν σε ύφεση. Άλλα θέματα άξια συνυπολογισμού ήταν η πνευμονία που είχε περάσει τον προηγούμενο χειμώνα και η γενική της απαισιοδοξία /καταθλιπτική διάθεση που πάντα καλυπτόταν με ένα χαμόγελο. Εφαρμόστηκε αρωματοθεραπεία με μάλαξη στα χέρια και στα πόδια. Το μίγμα που επιλέχθηκε ήταν ΑΕ λεβάντας, χαμομηλιού και μάραθου, αραιωμένα σε αμυγδαλέλαιο.

Αιτιολογία: τα ΑΕ της λεβάντας για την αναλγητική, αντιφλεγμονώδη, αντικαταθλιπτική και αγχολυτική του δράση. Το ΑΕ του χαμομηλιού για την αναλγητική, αντιφλεγμονώδη, ηρεμιστική (ιδιαίτερα του νευρικού συστήματος) και υπναγωγική του δράση , Το ΑΕ του μάραθου για την σπασμολυτική, ηρεμιστική του γαστρεντερικού δράση του. Το αμυγδαλέλαιο για την ξηρότητα του δέρματος

Λόγω της ευάλωτης κατάστασής της και της ηλικίας της, η δοσολογία των ΑΕ μειώθηκε στο $\frac{1}{4}$, δηλαδή 3 σταγόνες ΑΕ σε 10 ml αμυγδαλέλαιο, από τα οποία χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα 7. Η επιλογή των ΑΕ έγινε με γνώμονα τον πόνο, τη ναυτία και την απαισιόδοξή της διάθεση.

Η συνεδρία ξεκίνησε με όλη την οικογένεια γύρω, παρ' ότι δε συνηθίζεται, και για δική τους ηρεμία. Ο τόνος της φωνής μου ήταν ήρεμος και απαλός, καθώς εξηγούσα τι θα κάνω. Η μάλαξη ξεκίνησε από τα πόδια. Μέχρι να μαλαχθεί το δεύτερο πόδι, η κυρία Σ.Μ. είχε αποκοιμηθεί και συνέχισε να κοιμάται μέχρι και μία ώρα μετά το τέλος της συνεδρίας που διήρκεσε 20 λεπτά. Η οικογένειά της βγήκε νυχοπατώντας από το δωμάτιο μόλις την πήρε ο ύπνος. Όταν συναντηθήκαμε στο διάδρομο με το τέλος της συνεδρίας, η ανακούφιση ήταν έκδηλη στα πρόσωπά τους. Τους είπα ότι θα περίμενα μέχρι να ξυπνήσει και ότι θα ήθελα τη βοήθειά τους να τη σηκώσουμε από το κρεβάτι για ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Η κυρία Σ.Μ. ξύπνησε πολύ χαλαρωμένη και ξεκούραστη. Συμφώνησε να σηκωθεί για λίγο από το κρεβάτι, όταν της εξηγήθηκε ότι θα την βοηθούσε στον μετεωρισμό που ένιωθε, καθώς και στον καλύτερο αερισμό των πνευμόνων της. Ο πόνος και η ναυτία είχαν σταματήσει. Κατά τον σύντομο περίπατό της στο διάδρομο, το έντερό της ξαναλειτούργησε – είχε να το αισθανθεί από το μεσημέρι – πράγμα που την ανακούφισε και της βελτίωσε ακόμα περισσότερο τη διάθεση. Πριν φύγω, συζητήθηκε πώς να ξαναδοκιμάσει να πάρει υγρά από το στόμα, ξεκινώντας με μικρές γουλιές νερό, τσάι ή χαμομήλι, χωρίς γάλα, όπως της είχαν δώσει εκείνη τη μέρα, και σταδιακή αύξηση.

Την επισκέφθηκα το επόμενο απόγευμα. Καθόταν στην πολυθρόνα της, χωρίς ορό. Μου είπε ότι ανεχόταν πολύ καλύτερα τα υγρά και είχε περάσει μια ήρεμη νύχτα χωρίς πόνο. Όμως η στέρεα τροφή που είχε δοκιμάσει τη μέρα εκείνη (φρυγανιές, σούπα φιδές) της είχε δημιουργήσει ξανά πόνο και μετεωρισμό.

Επαναλήφθηκε η θεραπεία της προηγούμενης ημέρας με το ίδιο μίγμα και στα ίδια σημεία, χωρίς την οικογένεια αυτή τη φορά. Η κυρία Σ.Μ. αισθάνθηκε την ίδια χαλάρωση και ανακούφιση από τον πόνο όπως την προηγούμενη ημέρα, παρ' ότι δεν κοιμήθηκε. Επαναλήφθηκε ο σύντομος περίπατος και ο μετεωρισμός ελαττώθηκε. Συζητήθηκε λίγο η διατροφή της για τις επόμενες ημέρες και εξέφρασε τους φόβους της για το μέλλον.

Η κυρία Σ.Μ. πήρε εξιτήριο την έκτη μετεγχειρητική ημέρα. Η πορεία της ήταν ομαλή. Δεν ακολουθήθηκαν άλλες θεραπείες για το πρόβλημά της.

Οι εξετάσεις της ένα χρόνο μετά, για επανεμφάνιση του καρκίνου ήταν αρνητικές.

3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΡΙΤΗ

(Ακολουθεί η ατομική καρτέλα ιστορικού & συνεδριών)

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

α.α.

3

ημερομηνία

23-5-2002

Όνοματεπώνυμο: ΠΣ _____

Διεύθυνση: ΧΧΧΧΧ _____

Τηλέφωνο οικίας: ΦΦΦΦΦ τηλέφωνο εργασίας: ΨΨΨΨΨ _____

Ημερομηνία γέννησης: 30-1-1912 _____

Απασχόληση: Συνταξιούχος επιχειρηματίας _____

Παρούσα ενόχληση: Μεθερπητική νευραλγία προσώπου. Πόνος είναι συνεχής και καυστικός με έντονο κνησμό κυρίως στο μέτωπο .Αλλοδυνία _____

Άλλες ενοχλήσεις:

Δέρμα (και τύπος δέρματος): Ερεθισμένο στο πρόσωπο, πολύ ξηρό αλλού _____

Μαλλιά : Ξηρά _____

Μυοσκελετικό: Ρευματικοί πόνοι στα χέρια _____

Νευρικό / Αισθητήρια: Τύφλωση από ατύχημα Δ ματιού _____

Αναπνευστικό : ΚΦ _____

Κυκλοφορικό: Κρύα χέρια και πόδια _____

Πεπτικό: ΚΦ _____

Ενδοκρινικό: ΚΦ _____

Ουρογεννητικό: Υπερτροφία προστάτη. Δεν δημιουργεί ιδιαίτερο πρόβλημα _____

Ανοσοποιητικό / Λεμφικό: ΚΦ _____

Στρες / Ύπνος: Δεν κοιμάται καλά λόγω πόνου _____

Διατροφή: Οπαδός της υγιεινής διατροφής και των συμπληρωμάτων _____

Σημεία:

Στάση σώματος: Κύφωση _____

Όψη: Χλωμός και καταπονημένος _____

Κατάσταση Δέρματος: Όπως παραπάνω _____

Φαρμακευτική ή άλλη αγωγή: Lonarid N _____

Αντενδείξεις / Αλλεργίες: ΟΧΙ _____

Συμβουλές: Ενίσχυση του οργανισμού με αλλαγή διατροφής

ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α. 1

Ημερομηνία : 23-5-2002

Ονοματεπώνυμο: ΠΣ _____

Ενοχλήσεις: Μεθερπητική νευραλγία προσώπου. _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντας, τσαγιόδενδρου και χαμομηλιού.

Έκδοχο: Βρασμένο νερό _____

Άλλες εφαρμογές: ΟΧΙ _____

ΚΑΡΤΕΛΛΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α. 2

Ημερομηνία : 26-5-2002

Ονοματεπώνυμο: ΠΣ _____

Ενοχλήσεις: Μεθερπητική νευραλγία προσώπου. _____

Μείγμα Αιθέριων Ελαίων: λεβάντας, περγαμόντου, ευκαλύπτου και χαμομηλιού.

Έκδοχο: αμυγδαλέλαιο _____

Άλλες εφαρμογές: ΟΧΙ _____

Περιγραφή ιστορικού

ΧΡΟΝΟΣ ΑΓΩΓΗΣ : 4 ΜΗΝΕΣ

Ο κύριος Π. Σ. είναι 90 ετών με μεθερπητική νευραλγία προσώπου.

Ο πόνος της νευραλγίας είναι συνεχής και καυστικός, ενώ κατά την ενεργό φάση ήταν οξύς και διαξιφιστικός. Έχει έντονο κνησμό κυρίως στο μέτωπο, λιγότερο στην Α παρειά. Υποφέρει από αλλοδυνία – το ελαφρύτερο άγγιγμα στο μέτωπο προκαλεί έντονο πόνο και δεν αντέχει τα ρεύματα αέρα στο σημείο αυτό. Δεν βγαίνει έξω πια καθόλου, λόγω της αλλοδυνίας, δεν κινείται μέσα στο σπίτι και έχει χάσει την όρεξή του. Κάθεται σε μια πολυθρόνα στο ημίφως όλη μέρα και θέλει να είναι μόνος του. Τα αναλγητικά που του έχουν συνταγογραφηθεί δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα. Ο πόνος τον εμποδίζει να κοιμηθεί τη νύχτα.

Πριν από 8 εβδομάδες, ο κύριος Π. Σ. εμφάνισε επώδυνο φουσαλιδώδες εξάνθημα στην Α πλευρά του προσώπου, κατά μήκος του οφθαλμικού και άνω γναθικού κλάδου του τριδύμου, με πόνο κατά μήκος του μετώπου, του Α βλέφαρου και της Α παρειάς. Ετέθη η διάγνωση του έρπητα ζωστήρα. Η αγωγή με ακικλοβίρη (Zovirax) έγινε ενδοφλεβίως κυρίως για να αποφευχθεί η επιπλοκή του δένδριτικού έλκους στο Α μάτι, καθότι ο κύριος Π. Σ. είναι τυφλός από το Δ μάτι λόγω ατυχήματος στο μπάνιο, εδώ και δύο χρόνια. Ο πόνος υποχώρησε με την αγωγή, η οποία διήρκεσε 10 ημέρες, αλλά με την έξοδο από το νοσοκομείο, σιγά-σιγά επανήλθε.

Ο κύριος Π.Σ. ήταν σε πολύ καλή φυσική κατάσταση πριν ασθενήσει. Δεν είχε ιδιαίτερα σωματικά προβλήματα εκτός από κάποιους μυοσκελετικούς πόνους. Έχει προσαρμοστεί στην τύφλωση του Δ ματιού του πολύ καλά.

Εκτός από τον πόνο και τον κνησμό, ο κύριος Π.Σ. έχει πολύ κακή ψυχική διάθεση: Είναι λιγομίλητος, έχει πάψει να διαβάζει, ενώ πριν ήταν λάτρης του διαβάσματος και της συζήτησης. Δε δείχνει κανένα ενδιαφέρον για την οικογένειά του. Είναι 2 φορές παντρεμένος, με 3 κόρες, 4 εγγόνια και 6 δισέγγονα. Παλαιότερα είχε συχνή επαφή μαζί τους.

Ο κύριος Π.Σ. έμεινε ορφανός από μητέρα σε ηλικία 8 ετών και έζησε μόνος με μία θεία του ως την ενηλικίωσή του, ενώ τα 2 του αδέρφια δόθηκαν και αυτά σε άλλες 2 θείες αντίστοιχα, που όμως είχαν οικογένεια.

Ως ενήλικας, ο κύριος Π.Σ. ήταν ένας δυναμικός επιχειρηματίας με πρωτοποριακές ιδέες. Η συμπεριφορά του ήταν δεσποτική και ψυχρή συνάμα, κυρίως απέναντι στις 2 μεγαλύτερες κόρες του από τον πρώτο του γάμο.

Αυτή η τελευταία ασθένεια τον έχει καταβάλει πολύ και αισθάνεται ότι βρίσκεται στο τέλος της ζωής του.

Έξι εβδομάδες μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο η μεγάλη του κόρη ,η κυρία Α.Β. την οποία γνώριζα παλαιότερα, με κάλεσε στο τηλέφωνο. Ήταν σε απόγνωση διότι ο πατέρας της πονούσε σταδιακά όλο και περισσότερο, ενώ αρχικά με την φαρμακευτική αγωγή είχε παρουσιάσει μεγάλη βελτίωση. Του είχαν συνταγογραφηθεί αναλγητικά (Loparid N) με πολύ μέτριο αποτέλεσμα και ο θεράπων ιατρός του ήθελε να ξεκινήσει αντικαταθλιπτικά για τον πόνο, αλλά ο κύριος Π.Σ. αντιδρούσε αρνητικά στην ιδέα.

Συστήθηκε αρχικά μίγμα αιθέριων ελαίων σε βρασμένο νερό. Η εφαρμογή θα γινόταν υπό μορφή ψεκασμού. Το μίγμα περιείχε αιθέρια έλαια λεβάντας, τσαγιόδενδρου και χαμομηλιού.

Η επιλογή έγινε με γνώμονα τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα και την ηλικία του. Δηλαδή τον πόνο, τον κνησμό, τη μελαγχολία, και την αϋπνία του.

Η λεβάντα για την αναλγητική, αναπλαστική, αντιφλεγμονώδη και αντικαταθλιπτική της δράση.

Το τσαγιόδενδρο για την αναλγητική, ιοκτόνα και τονωτική του αμυντικού συστήματος δράση.

Το χαμομήλι για την αναλγητική, αντιφλεγμονώδη και ηρεμιστική δράση.

Η δοσολογία ήταν 8 σταγόνες ΑΕ σε 50 ml βρασμένου και κρύου νερού.

Αρχικά οι οδηγίες ήταν να ψεκάζεται η περιοχή με το μίγμα όσο συχνά χρειαζόταν, κυρίως για μείωση του κνησμού. Ο ψεκασμός θα εφαρμοζόταν από τη γυναίκα του και την κόρη του, που τον επισκεπτόταν καθημερινά. Ενώ την πρώτη μέρα η εφαρμογή ήταν επώδυνη, σταδιακά μετριάστηκε κάπως ο πόνος. Την τρίτη ημέρα πλέον μπορούσε να υποφέρει το άγγιγμα περισσότερο και προτάθηκε να εφαρμοστεί ένα νέο μίγμα προς επάλειψη, για καλύτερη απορρόφηση και επούλωση της περιοχής που ήταν ακόμα κόκκινη και ερεθισμένη. Το μίγμα αυτό περιείχε ΑΕ λεβάντας, περγαμόντου, ευκαλύπτου και χαμομηλιού διαλυμένα σε αμυγδαλέλαιο.

Αυτό έγινε καλά αποδεκτό και μέσα σε μία εβδομάδα, οι επαλείψεις μειώθηκαν σε 3 την ημέρα και προστέθηκε και ήπια μάλαξη, η οποία προσέφερε μεγάλη ανακούφιση. Η σύσταση του μίγματος έμεινε η ίδια. Η υφή του δέρματος παρουσίασε μικρή βελτίωση.

Παράλληλα έγινε μια συζήτηση με την σύζυγο και την μία κόρη(οι άλλες δύο επισκέπτονται αλλά δεν ασχολούνται) για τις επιπτώσεις του συνεχούς πόνου και την ανάγκη τόνωσης του οργανισμού τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.

Κατόπιν αυτού έγινε προμήθεια αποχυμωτή για φρέσκους χυμούς και σχεδιάστηκε ένα διαιτολόγιο που θα του ήταν αποδεκτό, με πολλά φρέσκα λαχανικά, ψάρι ή κοτόπουλο, ελαφριές κρέμες και φρούτα.

Ο κύριος Π.Σ., που ήταν πάντα οπαδός της υγιεινής διατροφής, ευχαριστηθήκε πολύ με όλη αυτή την αυξημένη φροντίδα και προσοχή. Βελτιώθηκε πολύ απ' όλες τις απόψεις: Η όρεξή του επανήλθε και άρχισε να βλέπει τηλεόραση και να σχολιάζει την επικαιρότητα, όπως παλιότερα.

Στο τέλος του πρώτου μήνα εφαρμογής της Αρωματοθεραπείας ο πόνος είχε υποχωρήσει αισθητά, δεν χρειαζόταν καθόλου παυσίπονα και ο κνησμός είχε εξαλειφθεί εντελώς. Άρχισε να βγαίνει από το σπίτι για μικρές βόλτες.

Η εφαρμογή του μίγματος γινόταν πλέον πολύ αραιότερα – στην ουσία, όποτε το ζητούσε ο κύριος Π.Σ. – επειδή η κόρη του, που του έκανε τη μάλαξη αραιώσε τις επισκέψεις σε 2 εβδομαδιαίως καθότι είχε κουραστεί πολύ.

Το μίγμα αυτό χρησιμοποιήθηκε συνολικά για 4 μήνες έως ότου ο πόνος στην περιοχή εξαλείφθηκε τελείως. Η αυξημένη φροντίδα και το ενδιαφέρον της οικογένειάς του, σε συνδυασμό με μια επιτυχημένη εφαρμογή Αρωματοθεραπείας συντέλεσε στο να εξαλειφθεί πλήρως το αρχικό πρόβλημα.

Η απαισιοδοξία και η αναδίπλωση στον εαυτό του συνεχίστηκαν. Άλλωστε, είναι ίσως και αρκετά χαρακτηριστικά της ηλικίας του. Άρχισε να διαβάζει ξανά και να βλέπει τηλεόραση.

Ο κύριος Π.Σ. πέθανε σε ηλικία 94 ετών μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο χωρίς να εμφανίσει ξανά συμπτώματα μεθερπητικής νευραλγίας.

4.ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ

4.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η δειγματοληψία βασίστηκε σε συνεντεύξεις σε ένα σύνολο 100 ατόμων που αντιστοιχεί σε 2 ξεχωριστά δείγματα από 50 άτομα έκαστο στα οποία δόθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο- βλέπε παράρτημα 1. Το 1^ο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 50 άτομα τρίτης ηλικίας στο ΚΑΠΗ Αμαρουσίου, στην Αθήνα, και το 2^ο ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από δείγμα 50 ατόμων τρίτης ηλικίας στο ΚΑΠΗ Καλλικράτειας στη Θεσσαλονίκη.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν τους μήνες Μάιο και Ιούνιο 2008 για Αθήνα και Θεσσαλονίκη αντίστοιχα. Οι απαντήσεις καταγράφηκαν με σύντομη απευθείας συνέντευξη με τον ερωτώμενο, διάρκειας 5-10 λεπτών εκάστη. Η επιλογή του δείγματος δεν ακολούθησε κάποιο συγκεκριμένο κανόνα, και μπορεί να θεωρηθεί τυχαία. Επιλέγονταν τα πρώτα άτομα- μέλη του ΚΑΠΗ- που ήταν διαθέσιμα κατά τις ημέρες της έρευνας και πρόθυμα να συμμετάσχουν. Εξάλλου οι διοικήσεις των ΚΑΠΗ ήταν ενημερωμένες για τους σκοπούς της έρευνας και είχαν συναινέσει.

Παρότι η ανάλυση των 2 δειγμάτων δεν παρουσιάζει δραστικές διαφορές, η διαφορετική τους γεωγραφική προέλευση θεωρήθηκε ως ενδιαφέρουσα να αναλυθεί χωριστά όπως ακριβώς παρουσιάζεται στη συνέχεια.

Σκοπός της έρευνας ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο είχε σκοπό να διερευνήσει κατά πόσο είναι γνωστές οι συμπληρωματικές θεραπείες και ειδικά σε άτομα που βιώνουν πόνο και είναι 65 ετών και άνω.

Με βάση αυτήν την παράμετρο σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα που ακολουθούν έχουν καθαρά χαρακτήρα ποιοτικής και όχι ποσοτικής ανάλυσης, καθώς σκοπός δεν ήταν η στατιστικού τύπου επεξεργασία σε προκαθορισμένα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για το δείγμα, αλλά η

διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης των ατόμων του δείγματος για τον πόνο και τις συμπληρωματικές θεραπείες.

4.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ήταν τα ακόλουθα :

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΔΕΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ
ΦΥΛΟ			
ΑΡΡΕΝ	73%	38%	55%
ΘΗΛΥ	27%	63%	45%
ΗΛΙΚΙΑ			
65-75	57%	65%	61%
75-85	35%	31%	33%
85-95	8%	4%	6%
> 95	0%	0%	0%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
Άγαμος/η	8%	0%	4%
Έγγαμος/η	51%	67%	59%
Διαζευγμένος/η	8%	4%	6%
Χήρος/α	32%	29%	30%
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ			
ΒΑΣΙΚΗ	27%	79%	53%
ΜΕΣΗ	41%	19%	30%
ΑΝΩΤΑΤΗ	32%	2%	17%

Συνολικά η μέση τυπολογία του δείγματος εμφανίζει την ακόλουθη εικόνα :

Άνδρας (55%), με ηλικία 65-75 (61%), έγγαμος (59%), με βασική μόρφωση (53%). Η ηλικιακή κατηγορία 75-85 αποτελεί το 33% του συνολικού δείγματος, ενώ το ποσοστό χήρων είναι αρκετά υψηλό:30%. Στο ίδιο ποσοστό 30% βρίσκονται και οι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, ενώ αρκετά υψηλό – κυρίως λόγω του δείγματος Αθήνας – εμφανίζεται το συνολικό 17% αποφοίτων ανώτατης εκπαίδευσης.

Όπως επίσης φαίνεται στον πίνακα οι βασικές δημογραφικές διαφορές ανάμεσα στα δείγματα Αθήνας και Θεσσαλονίκης είναι :

- Στο μεν ΚΑΠΗ Αμαρουσίου στην Αθήνα πλειοψηφούν οι άνδρες (73%), ενώ στο ΚΑΠΗ Καλλικράτειας στη Θεσσαλονίκη οι γυναίκες (63%).
- Ως προς την ηλικία, η πλειοψηφία είναι έγγαμοι με τη Θεσσαλονίκη (67% έγγαμοι) να υπερτερεί έναντι των Αθηνών, (51%).
- Η Αθήνα εμφανίζει διπλάσιο ποσοστό διαζευγμένων απ' ότι η Θεσσαλονίκη (4% και 8% αντίστοιχα).
- Διαφέρει επίσης και το ποσοστό των άγαμων που σε μεν τη Θεσσαλονίκη είναι μηδενικό ενώ στην Αθήνα είναι το 8% και μάλιστα όπως προέκυψε από την ανάλυση, αφορά μόνο άνδρες.
- Τα ποσοστά χήρων , ουσιαστικά δεν διαφέρουν.

Τέλος το δείγμα των Αθηνών εμφανίζεται με αρκετά υψηλότερο μορφωτικό δείκτη καθώς οι με ανώτατη εκπαίδευση αποτελούν το 32%, έναντι μόλις 2% για τη Θεσσαλονίκη.

Το ίδιο συμβαίνει και στους απόφοιτους μέσης εκπαίδευσης (41% και 19% για Αθήνα και Θεσσαλονίκη αντίστοιχα).

Οι διαφορές αυτές ίσως δικαιολογούνται από το γεγονός του διαφορετικού μίγματος ανδρών/ γυναικών στα 2 δείγματα, με τις γυναίκες μεγάλης ηλικίας, που πλειοψηφούν στο δείγμα από τη Θεσσαλονίκη, να εμφανίζουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τους άνδρες, χαρακτηριστικό μάλλον αναμενόμενο για άτομα των συγκεκριμένων ηλικιακών κατηγοριών.

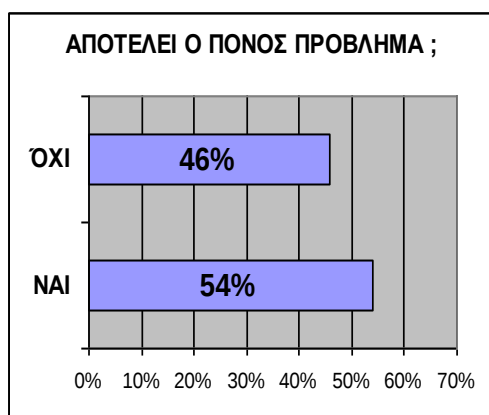
4.3 ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των σχετικών με τον πόνο και τις συμπληρωματικές θεραπείες απαντήσεων ακολουθεί με ταυτόχρονη παρουσίαση και των αντίστοιχων ερωτημάτων για πιο άμεσο συσχετισμό.

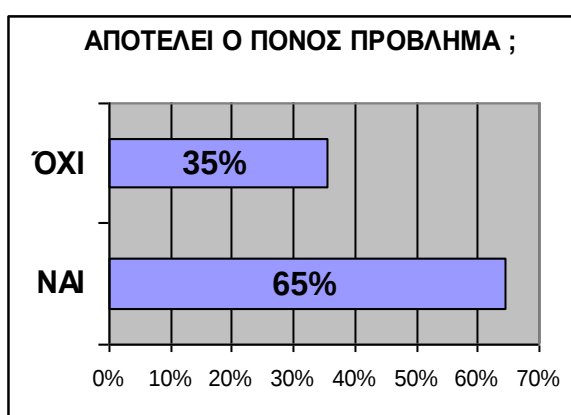
ΕΡΩΤΗΣΗ 5

- **Αποτελεί ο πόνος πρόβλημα για εσάς;** ☐ **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ**

ΑΘΗΝΑ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ



Οι απαντήσεις δείχνουν ότι στο συνολικό δείγμα το 60% απαντά θετικά.

Οι επιμέρους απαντήσεις δείχνουν ότι το 65% του δείγματος της Θεσσαλονίκης δηλώνουν κατάφαση στην ερώτηση αν ο πόνος αποτελεί πρόβλημα. Το αντίστοιχο ποσοστό της Αθήνας είναι χαμηλότερο : 54%. Υπενθυμίζουμε τη διαφορετική ηλικιακή κατανομή των 2 δειγμάτων με τη Θεσσαλονίκη να εμφανίζει γυναίκες 63% / άνδρες 47%, ενώ στην Αθήνα πλειοψηφούν οι άνδρες με 73%, ενώ οι γυναίκες είναι το υπόλοιπο 27%.

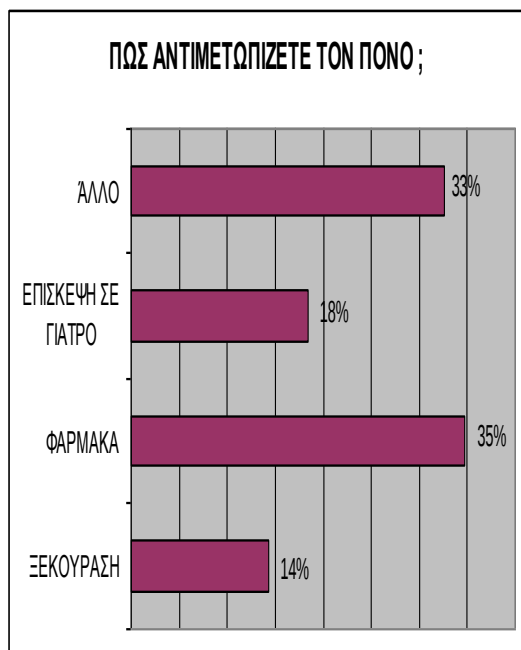
Σημείωση : Παρότι το πλήθος του δείγματος δεν επιτρέπει ασφαλείς συγκρίσεις, μια πρώτη συσχέτιση των παραπάνω στοιχείων με τη διεθνή βιβλιογραφία, δείχνει συνάφεια καθώς τα αναφερόμενα επίπεδα πόνου ατόμων τρίτης ηλικίας που ζουν στην κοινότητα είναι 60 % με 71% (Brochet 1998). Συνάφεια επίσης με τα διαφορετικά αποτελέσματα Αθήνας / Θεσσαλονίκης, φαίνεται να υπάρχει και από το γεγονός ότι διεθνείς μελέτες εμφανίζουν τις γυναίκες να αναφέρουν υψηλότερες συχνότητες εκδήλωσης πόνου από τους άνδρες (Jones & Macfarlane 2005).

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

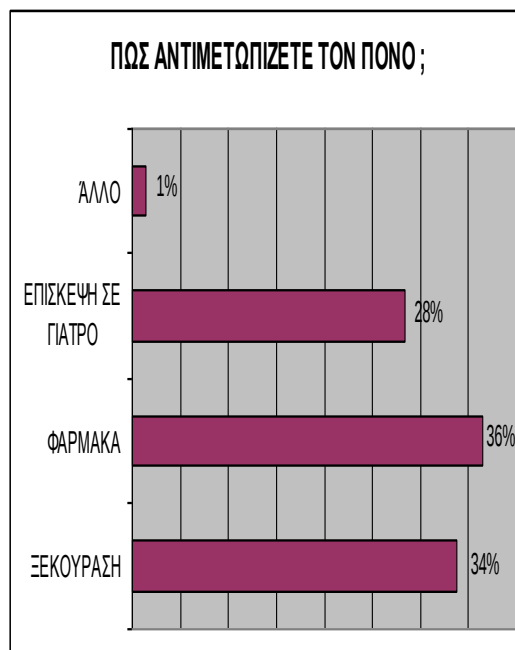
Πως αντιμετωπίζετε τον πόνο ;

Με :

ΑΘΗΝΑ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ



Η απάντηση : Φάρμακα (35%, 36% Αθήνα/Θεσσαλονίκη), εμφανίζει την υψηλότερη συχνότητα και μάλιστα αυτήν με σχεδόν απόλυτη ταύτιση απάντησης αν συγκρίνουμε τα 2 δείγματα.

Οι επισκέψεις σε γιατρό (Αθήνα:18% /Θεσσαλονίκη:28%) στο σύνολο των 2 δειγμάτων εμφανίζουν συνολικά χαμηλότερη συχνότητα απάντησης απ'ότι η παράμετρος ξεκούραση ως μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου (Αθήνα:14% /Θεσσαλονίκη:34%).

Η παράμετρος : άλλο ουσιαστικά αφορά μόνο το δείγμα της Αθήνας (33%) και περιλαμβάνει μια ευρεία ποικιλία μεθόδων αντιμετώπισης πόνου που αναφέρθηκαν κατά τις συνεντεύξεις όπως :

- Εντριβές με αλοιφές ή οινόπνευμα
- Φυσιοθεραπεία

-
- Αφεψήματα βοτάνων
 - Περπάτημα
 - Θερμοφόρα
 - Ορθοπεδική ζώνη
 - Υπομονή
 - Θετική σκέψη
 - Μουσική
 - Λουτρά
 - Ομοιοπαθητική και
 - «τρώω παγωτά για να ευχαριστιέμαι, και να ξεχνάω τον πόνο μου»
 - « πίνω για να ξεχνάω τον πόνο μου »

Παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ότι το τμήμα του δείγματος που ανέφερε μεθόδους αντιμετώπισης πόνου όπως οι παραπάνω έδειχνε να έχει μια ευρύτερη φιλοσοφία αντίληψης για τον προσωπικό τους πόνο και την αντιμετώπισή του. Οι απαντήσεις τους και η εν γένει στάση τους απέναντι στον πόνο υποδήλωνε ότι τα άτομα αυτά είχαν με το δικό τους τρόπο αναπτύξει ευρηματικότητα για να τον αντιμετωπίσουν.

Παρατηρήθηκε επίσης ότι ο βαθμός ευρηματικότητας των «άλλων» μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου, συσχετίζεται θετικά με το βαθμό μορφωτικού επιπέδου του δείγματος, με χαρακτηριστικές τις περιπτώσεις ανδρών από το ΚΑΠΗ Αμαρουσίου, ανώτατης εκπαίδευσης που έκαναν αναφορές στις λιγότερο συνηθισμένες μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο, όπως μουσική, θετική σκέψη, υπομονή.

Σημείωση : Η βιβλιογραφία αναφέρει (Helme and Gibson 1999) ότι η στρωτικότητα στα άτομα τρίτης ηλικίας που αντιμετωπίζουν πόνους αυξάνεται προϋούσης της ηλικίας καθώς ο πόνος είναι πλέον αναμενόμενος και μέρος της ζωής τους. Η αναφορά αυτή φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στο δείγμα από τις αναφορές στην υπομονή και τη θετική σκέψη ως μέθοδο αντιμετώπισης του πόνου.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7

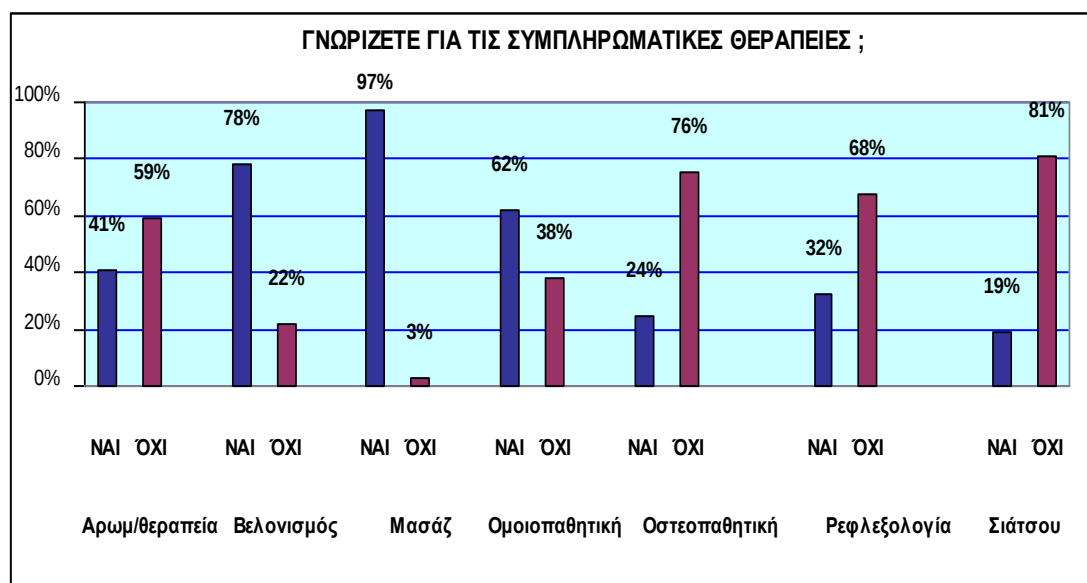
■ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Έχετε ακούσει για κάποια από τις παρακάτω θεραπείες;

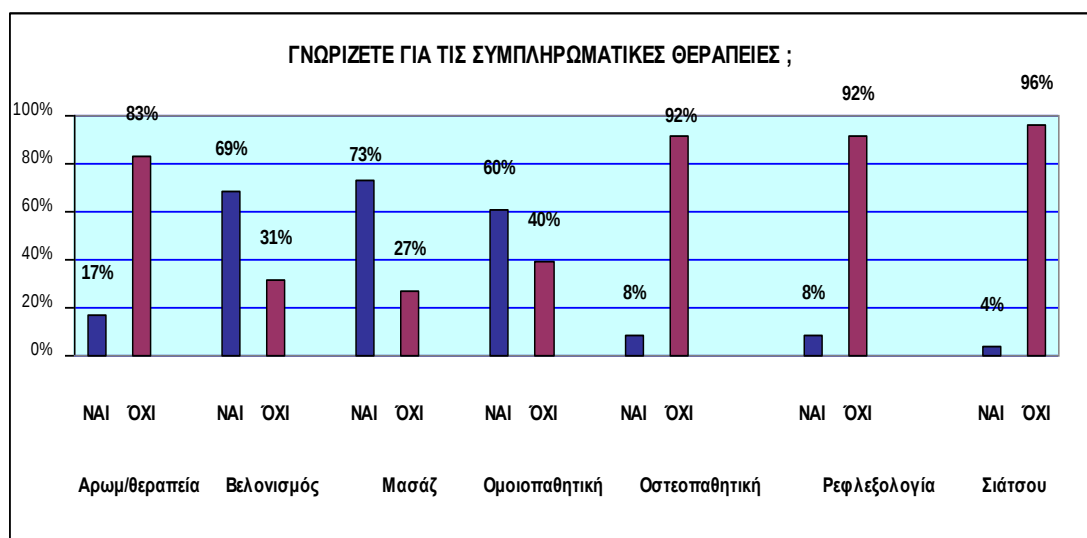
Αρωματοθεραπεία	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ	Ομοιοπαθητική	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
Βελονισμός	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ	Οστεοπαθητική	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
Μασάζ	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ	Ρεφλεξολογία	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
Άλλο			Σιάτσου	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ

Οι απαντήσεις έχουν ως εξής:

ΑΘΗΝΑ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ



Η ανάλυση των στοιχείων που παρατέθηκαν στα ιστογράμματα δείχνει ότι :

- Οι πλέον γνωστές συμπληρωματικές μέθοδοι είναι το μασάζ, ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική. Πάνω από τα 3/5 του συνολικού δείγματος τις γνώριζαν. Ακολουθεί η αρωματοθεραπεία με το 29% των ατόμων του συνολικού δείγματος να τη γνωρίζει ως συμπληρωματική μέθοδο θεραπείας.

ΒΑΘΜΟΣ ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗΣ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΜΑΣΑΖ	85%	97%	73%
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ	74%	78%	69%
ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ	61%	62%	60%
ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	29%	41%	17%

- Σε κάθε περίπτωση ο βαθμός εξοικείωσης με τις συμπληρωματικές θεραπείες εμφανίζεται σταθερά υψηλότερος στο δείγμα των Αθηνών και λιγότερο σε αυτό της Θεσσαλονίκης, όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα.
- Οι λιγότερο γνωστές συμπληρωματικές μέθοδοι είναι οι οστεοπαθητική, ρεφλεξολογία και σιάτσου. Είναι χαρακτηριστικό ότι στο δείγμα της Θεσσαλονίκης τα ποσοστά άγνοιας για την ύπαρξη των παραπάνω ανέρχονταν σε 92%, 92%, και 96% αντίστοιχα. Αντίθετα, στο δείγμα των Αθηνών οι οστεοπαθητική, ρεφλεξολογία και σιάτσου, είναι λιγότερο άγνωστες με ποσοστά άγνοιας 24%, 32%, και 19% αντίστοιχα.
- Είναι τέλος χαρακτηριστικό το γεγονός, ότι μόνο ένα άτομο από το συνολικό δείγμα των 100 ατόμων (ένας νευροχειρουργός από το δείγμα της Αθήνας) έκανε αναφορά σε άλλη συμπληρωματική θεραπεία, εκτός των αναφερομένων στο ερωτηματολόγιο : «υδροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, biofeedback».

ΕΡΩΤΗΣΗ 8

- Έχετε χρησιμοποιήσει κάποια συμπληρωματική μέθοδο; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Οι απαντήσεις φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΒΑΘΜΟΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Έχετε χρησιμοποιήσει κάποια συμπληρωματική μέθοδο ;	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΝΑΙ	32%	35%	29%
ΟΧΙ	68%	65%	71%

Στο σύνολο του δείγματος ποσοστό 32% αναφέρει πως έχει χρησιμοποιήσει κάποια συμπληρωματική μέθοδο θεραπείας. Είναι επίσης φανερό η υψηλότερη εξοικείωση του δείγματος της Αθήνας με τις συμπληρωματικές θεραπείες και τη χρήση τους, απ'ότι αυτού της Θεσσαλονίκης, και η διαφορά αυτή φαίνεται στα υψηλότερα ποσοστά χρησιμοποίησης: 35% - Αθήνα έναντι 29% - Θεσσαλονίκη.

Στο σημείο αυτό συγκρίνουμε τις απαντήσεις στα ερωτήματα 7 & 8 επιχειρώντας δηλαδή να διαπιστώσουμε το κενό (gap) γνώσης/ χρήσης που υποδηλώνουν οι απαντήσεις των ατόμων του συνολικού δείγματος.

Η ανάλυση αυτή δείχνει ότι το κενό κυμαίνεται περίπου στο 1 προς 3. Δηλαδή μόνον ο 1 στους 3 που γνωρίζουν περί συμπληρωματικών μεθόδων, έχει χρησιμοποιήσει κάποια από αυτές, με βάση τις απαντήσεις των ατόμων στο συνολικό δείγμα.

Σημείωση : το συμπέρασμα αυτό εξάγεται διαιρώντας το max ποσοστό γνώσης κάποιας μεθόδου δηλ. 85% για το μασάζ, όπως αναφέρθηκε στην ανάλυση της 7^{ης} ερώτησης, με το 32% του παραπάνω πίνακα: $85/32=2.6$, δηλαδή περίπου 3.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9

- **Αν ναι, ποια συμπληρωματική μέθοδο έχετε χρησιμοποιήσει;**

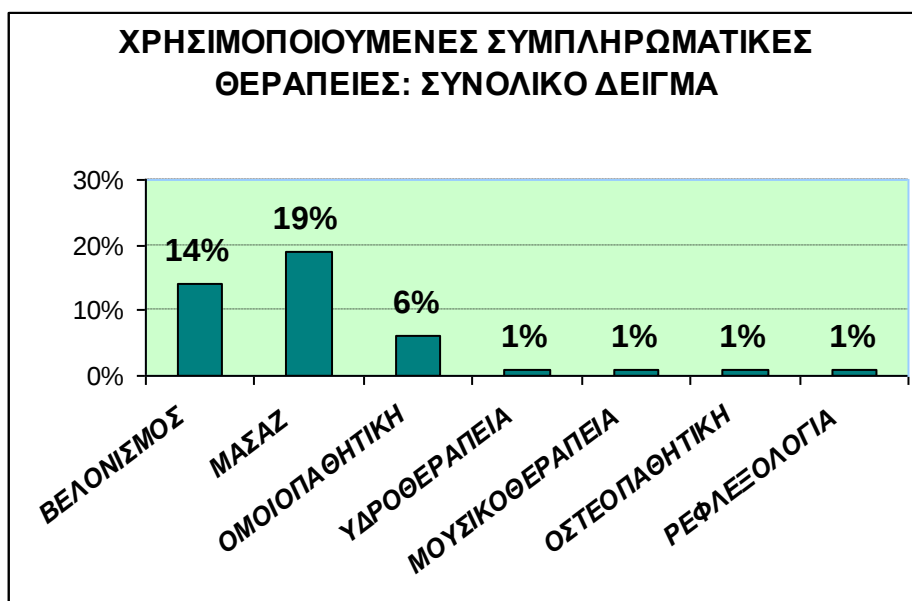
Οι απαντήσεις φαίνονται στους πίνακες παρακάτω.

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ	ΔΕΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ	14 %	6%	21%
ΜΑΣΑΖ	19 %	22%	15%
ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ	6 %	2%	10%
ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1 %	2%	-
ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1 %	2%	-
ΟΣΤΕΟΠΑΘΗΤΙΚΗ	1 %	-	2%
ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ	1 %	-	2%

ΣΗΜΕΙΩΣΗ :Τα ποσοστά αναφέρονται στο συνολικό δείγμα και όχι μόνο σε αυτούς που έχουν απαντήσει θετικά στην ερώτηση. Επίσης σημειώνεται ότι υπάρχουν άτομα που έδωσαν πολλαπλές απαντήσεις

Τα παραπάνω απεικονίζονται για το συνολικό δείγμα στο επόμενο διάγραμμα.



Η συχνότερη χρήση, στο σύνολο του δείγματος εμφανίζεται στο μασάζ (19%), βελονισμό (14%) και ομοιοπαθητική (6%). Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός ότι σύμφωνα με την ανάλυση του παραπάνω πίνακα, το δείγμα της Θεσσαλονίκης εμφανίζεται να έχει κάνει υψηλότερη χρήση των λιγότερο συμβατικών συμπληρωματικών μεθόδων : ομοιοπαθητική/βελονισμός (10% / 21%), έναντι του δείγματος από την Αθήνα (2% / 6%) αντίστοιχα. Αυτό ίσως

οφείλεται στο ότι παλαιότερα υπήρχε βελονιστής στην περιοχή Καλλικράτειας καθώς και εύκολη πρόσβαση σε φυσικοθεραπευτή και ομοιοπαθητικό. Τέλος οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες συμπληρωματικές μέθοδοι – αυτές δηλαδή με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης – είναι το μασάζ (22% δείγμα Αθήνας), και βελονισμός (21% δείγμα Θεσσαλονίκης). Οι υπόλοιπες συμπληρωματικές μέθοδοι : υδροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, οστεοπαθητική, ρεφλεξολογία αναφέρθηκαν από πολύ χαμηλό ποσοστό του δείγματος. Σημειώνεται τέλος ότι παρότι 29% του συνόλου των ερωτηθέντων γνώριζε την αρωματοθεραπεία, (βλ. Ερώτηση 7), κανείς δεν την έχει χρησιμοποιήσει για ανακούφιση από τον πόνο.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10

- **Αν έχετε χρησιμοποιήσει κάποια συμπληρωματική μέθοδο, ποιο ήταν το αποτέλεσμα;**

Βελτίωση **Κανένα** **Επιδείνωση**

Τα αποτελέσματα είναι:

ΔΕΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑΣ

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ	ΚΑΝΕΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Βελονισμός	100%	0%	0%	100%
Μασάζ	91%	0%	9%	100%
Ομοιοπαθητική	100%	0%	0%	100%
Μουσικοθεραπεία	100%	0%	0%	100%
Υδροθεραπεία	100%	0%	0%	100%

Επιδείνωση δεν αναφέρεται σε καμιά περίπτωση. “Κανένα”, δηλαδή ουδέτερο αποτέλεσμα αναφέρεται σε μια μόνο περίπτωση (μασάζ, από το 9% του δείγματος). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις το 100% του δείγματος αναφέρει βελτίωση.

ΔΕΙΓΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ	ΚΑΝΕΝΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Βελονισμός	70%	0%	30%	100%
Μασάζ	86%	0%	14%	100%
Ομοιοπαθητική	80%	0%	20%	100%
Οστεοπαθητική	100%	0%	0%	100%
Ρεφλεξολογία	100%	0%	0%	100%

Και στο δείγμα της Θεσσαλονίκης, δεν αναφέρεται καθόλου επιδείνωση. Σε 3 περιπτώσεις: βελονισμό, μασάζ, ομοιοπαθητική γίνονται αναφορές σε ουδέτερο αποτέλεσμα (30%, 14%, και 20% αντίστοιχα). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις το 100% του δείγματος αναφέρει βελτίωση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11

- Οι συμπληρωματικές θεραπείες μπορούν να μειώσουν τον πόνο, παράλληλα με φαρμακευτική αγωγή. Θα χρησιμοποιούσατε κάποια από αυτές για τον πόνο ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Οι απαντήσεις είναι:

Θα χρησιμοποιούσατε κάποια από αυτές για τον πόνο ;	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΝΑΙ	66%	70%	63%
ΟΧΙ	34%	30%	37%

Το 66 % του συνολικού δείγματος αναφέρει ότι θα χρησιμοποιούσε κάποια συμπληρωματική μέθοδο θεραπείας ως μέθοδο ανακούφισης από τον πόνο. Το υπόλοιπο είναι αρνητικό. Το δείγμα των Αθηνών εμφανίζεται οριακά πιο θετικά διακείμενο στη χρήση απ' ότι το αντίστοιχο της Θεσσαλονίκης (Αθήνα : 70% θετικοί/ Θεσσαλονίκη : 63% θετικοί).

ΕΡΩΤΗΣΗ 12

- Θα θέλατε να μάθετε περισσότερα για αυτές τις μεθόδους και τις εφαρμογές τους; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Οι απαντήσεις είναι:

Θα θέλατε να μάθετε περισσότερα για αυτές τις μεθόδους και τις εφαρμογές τους;	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΑΘΗΝΑΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΝΑΙ	72%	78%	67%
ΟΧΙ	28%	22%	33%

Το 72% του συνολικού δείγματος επιθυμεί περισσότερη ενημέρωση, και το υπόλοιπο 28% (ο ένας στους τρεις περίπου) είναι αρνητικοί. Και στην

ερώτηση αυτή, όπως και στην προηγούμενη, το δείγμα των Αθηνών εμφανίζεται πιο θετικά διακείμενο για ενημέρωση απ' ότι αυτό της Θεσσαλονίκης.

4.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ

1. Η Έρευνα πεδίου βασίστηκε σε συνεντεύξεις σε ένα σύνολο 100 ατόμων τρίτης ηλικίας, σε 2 ξεχωριστά δείγματα από 50 άτομα έκαστο, σε ΚΑΠΗ στις πόλεις Αθήνα και Θεσσαλονίκη.
2. Παρότι η ανάλυση των 2 δειγμάτων δεν παρουσιάζει δραστικές διαφορές, η διαφορετική τους γεωγραφική προέλευση θεωρήθηκε ως ενδιαφέρουσα να αναλυθεί χωριστά όπως ακριβώς παρουσιάζεται στη συνέχεια.
3. Το ερωτηματολόγιο είχε σκοπό να διερευνήσει κατά πόσο είναι γνωστές οι συμπληρωματικές θεραπείες και ειδικά σε άτομα που βιώνουν πόνο και είναι 65 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα έχουν καθαρά χαρακτήρα ποιοτικής και όχι ποσοτικής ανάλυσης, καθώς σκοπός δεν ήταν η στατιστικού τύπου επεξεργασία σε προκαθορισμένα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για το δείγμα, αλλά η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης των ατόμων του δείγματος για τον πόνο και τις συμπληρωματικές θεραπείες.
4. Συνολικά η μέση τυπολογία του δείγματος εμφανίζει την ακόλουθη εικόνα : Άνδρας (55%), με ηλικία 65-75 (61%), έγγαμος (59%), με βασική μόρφωση (53%). Η ηλικιακή κατηγορία 75-85 αποτελεί το 33% του συνολικού δείγματος, ενώ το ποσοστό χήρων είναι αρκετά υψηλό:30%. Στο ίδιο ποσοστό 30% βρίσκονται και οι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης,

ενώ αρκετά υψηλό – κυρίως λόγω του δείγματος Αθήνας – εμφανίζεται το συνολικό 17% αποφοίτων ανώτατης εκπαίδευσης.

5. Οι σχετικές απαντήσεις δείχνουν ότι το 60% στο σύνολο του δείγματος αναφέρουν ότι αποτελεί πρόβλημα γι' αυτούς ο πόνος. Το ποσοστό στη Θεσσαλονίκη (65%) είναι υψηλότερο απ' ότι στην Αθήνα (54%).
6. Στην ερώτηση πως αντιμετωπίζουν τον πόνο η απάντηση : Φάρμακα (35%, 36% Αθήνα/Θεσσαλονίκη), εμφανίζει την υψηλότερη συχνότητα και μάλιστα αυτήν με σχεδόν απόλυτη ταύτιση απάντησης αν συγκρίνουμε τα 2 δείγματα. Οι επισκέψεις σε γιατρό (Αθήνα:18% / Θεσσαλονίκη:28%) στο σύνολο των 2 δειγμάτων εμφανίζουν συνολικά χαμηλότερη συχνότητα απάντησης απ' ότι η παράμετρος ξεκούραση ως μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου (Αθήνα:14% / Θεσσαλονίκη:34%). Επίσης ένα 33% (από το δείγμα της Αθήνας μόνο) αναφέρει και μια σειρά άλλων μεθόδων για την αντιμετώπιση του πόνου εκτός από τα φάρμακα, και τις επισκέψεις στο γιατρό όπως : υπομονή, θετική σκέψη, μουσική, ξεκούραση κλπ.
7. Παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ότι το τμήμα του δείγματος που ανέφερε μεθόδους αντιμετώπισης πόνου όπως οι παραπάνω έδειχνε να έχει μια ευρύτερη φιλοσοφία αντίληψης για τον προσωπικό τους πόνο και την αντιμετώπισή του. Οι απαντήσεις και η στάση τους απέναντι στον πόνο υποδήλωνε ότι τα άτομα αυτά είχαν με το δικό τους τρόπο αναπτύξει ευρηματικότητα για να τον αντιμετωπίσουν. Το φαινόμενο αυτό δείχνει να επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία (Helme and Gibson 1999), που αναφέρει ότι η στρωκότητα στα άτομα τρίτης ηλικίας που αντιμετωπίζουν πόνους αυξάνεται προϋούσης της ηλικίας καθώς ο πόνος είναι πλέον αναμενόμενος και μέρος της ζωής τους.
8. Οι πλέον γνωστές συμπληρωματικές μέθοδοι είναι το μασάζ (85%), ο βελονισμός (74%), και η ομοιοπαθητική (61%). Πάνω από τα 3/5 των

ατόμων του συνολικού δείγματος τις γνώριζαν. Ακολουθεί η αρωματοθεραπεία: 29% του συνολικού δείγματος τη γνωρίζει ως συμπληρωματική μέθοδο. Οι λιγότερο γνωστές συμπληρωματικές μέθοδοι είναι: οστεοπαθητική, ρεφλεξολογία σιάτσου.

9. Ποσοστό 32% του συνόλου αναφέρει πως έχει χρησιμοποιήσει κάποια συμπληρωματική μέθοδο. Είναι φανερό η υψηλότερη εξοικείωση του δείγματος της Αθήνας με τις συμπληρωματικές μεθόδους και τη χρήση τους, απ' ότι αυτού της Θεσσαλονίκης.

10. Οι συχνότερα αναφερόμενες συμπληρωματικές μέθοδοι που έχει χρησιμοποιήσει το σύνολο του δείγματος των 100 ατόμων είναι : μασάζ (19%), βελονισμός (14%) και ομοιοπαθητική (6%). Οι υπόλοιπες μέθοδοι: υδροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, οστεοπαθητική, ρεφλεξολογία έχουν χρησιμοποιηθεί από πολύ χαμηλό ποσοστό του δείγματος. Η Αρωματοθεραπεία, παρότι είναι γνωστή στο 29% του συνολικού πληθυσμού του δείγματος, δεν έχει χρησιμοποιηθεί καθόλου από αυτό.

11. Ως προς τα αποτελέσματα των συμπληρωματικών μεθόδων, η συντριπτική πλειοψηφία εκείνων από το συνολικό δείγμα που τις έχουν χρησιμοποιήσει, αναφέρει βελτίωση. Τα σχετικά ποσοστά είναι :

Βελονισμός	85% βελτίωση	15% ουδέτερο αποτέλεσμα
μασάζ	88% βελτίωση	12% ουδέτερο αποτέλεσμα
ομοιοπαθητική	90% βελτίωση	10% ουδέτερο αποτέλεσμα

12. Το 66 % του συνολικού δείγματος αναφέρει ότι θα χρησιμοποιούσε κάποια συμπληρωματική μέθοδο για ανακούφιση από τον πόνο. Το υπόλοιπο ποσοστό είναι αρνητικό.

13. Τέλος ποσοστό 72% του συνολικού δείγματος (τα 2/3 δηλαδή), επιθυμεί περισσότερη ενημέρωση για τις συμπληρωματικές μεθόδους, και το υπόλοιπο 28% (το ένα στα τρία άτομα του δείγματος περίπου) είναι αρνητικοί.

Ο πίνακας που ακολουθεί συνοψίζει τα κύρια ποσοτικά ευρήματα:

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αποτελεί ο πόνος πρόβλημα για εσάς;	60%	40%
Πως αντιμετωπίζετε τον πόνο;	Με φάρμακα Με επίσκεψη στο γιατρό Με ξεκούραση Με άλλο τρόπο	35% 23% 24% 33%
Γνωρίζετε για τις συμπληρωματικές μεθόδους ;	61%	39%
Έχετε κάνει χρήση κάποιας συμπληρωματικής μεθόδου;	32%	68%
Θα χρησιμοποιούσατε κάποια συμπληρωματική μέθοδο για ανακούφιση από τον πόνο ;	66%	34%
Επιθυμείτε περισσότερη ενημέρωση για τις συμπληρωματικές μεθόδους ;	72%	28%

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πόνος στην τρίτη ηλικία

- 5.1 Περίπου 60 - 71% των ηλικιωμένων ανθρώπων που ζουν στην κοινότητα αναφέρουν ότι πονούν κάπου, και 33% αναφέρουν ότι έχουν καθημερινό επίμονο πόνο. Στην πλειοψηφία του αυτός είναι καλοήθης πόνος οφειλόμενος στη γήρανση και προκαλεί μεγάλη λειτουργική αναπηρία.
- 5.2 Η προϊούσα ηλικία αναγνωρίζεται όλο και πιο πολύ ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για πολλές χρόνιες και επώδυνες παθήσεις. Ερευνητικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι υπάρχει αύξηση του ουδού του επιφανειακού πόνου σε ηλικιωμένους με συνεπαγόμενο κίνδυνο για σοβαρούς τραυματισμούς. Επίσης η μειωμένη αποτελεσματικότητα του ενδογενούς συστήματος αναλγησίας και η υπερευαισθησία του γηρασμένου νευρικού συστήματος είναι πιθανόν να συνεισφέρουν στην αυξημένη διάρκεια και έκταση του πόνου σε άτομα τρίτης ηλικίας.
- 5.3 Η σταδιακή αύξηση του ουδού πόνου μεγιστοποιείται όταν τα ερεθίσματα είναι μικρής διάρκειας, όταν καταλαμβάνουν μικρή έκταση και όταν συμβαίνουν σε περιφερειακά όργανα ή άκρα. Αυτή η συνολική επίδραση μπορεί να αντιπροσωπεύει τη μειωμένη απάντηση του οργανισμού σε πρώιμα συστήματα συναγερμού, κι αυτή με τη σειρά της μειώνει τις πιθανότητες έγκαιρου περιορισμού της βλάβης. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαίσθητοι στον πόνο όταν τον αντιληφθούν, υποφέρουν εντονότερα και για μακρύτερο χρονικό διάστημα. Άρα η παλαιότερη αντίληψη ότι η προϊούσα ηλικία απευαισθητοποιεί το άτομο από τον πόνο, δεν ευσταθεί πλέον. Ισχύει ακριβώς το αντίθετο.
- 5.4 Υπάρχουν μια σειρά από παράγοντες που δρουν ανασταλτικά στην αντιμετώπιση του πόνου σε άτομα τρίτης ηλικίας: Αφενός υπάρχει έλλειψη εκπαίδευσης ως προς την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου στη γηριατρική. Δευτερευόντως υπάρχει μια μηδενιστική τάση ορισμένων επαγγελματιών υγείας απέναντι στον πόνο τον σχετιζόμενο με τα γηρατειά. Υπάρχει επίσης η εντύπωση ότι η τακτική συνταγογράφηση αναλγητικών οδηγεί στην εξάρτηση και στην έλλειψη μακροχρόνιας

αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Τέλος συχνή είναι η πεποίθηση ότι η απουσία εκδήλωσης πόνου σημαίνει και απουσία πόνου.

Ψυχοκοινωνική διάσταση του πόνου στην τρίτη ηλικία

- 5.5 Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του πόνου και ιδιαίτερα του χρόνιου πόνου. Έχουν αντίκτυπο στη λειτουργικότητα και την ψυχική κατάσταση των ηλικιωμένων. Όσο πιο πολύ χρονίζει ο πόνος τόσο πιο πιθανό είναι το άτομο να εμφανίσει κατάθλιψη, κοινωνική απόσυρση, ευερεθιστότητα και ενασχόληση με τη συμπτωματολογία. Η αποτυχημένη θεραπεία, εφόσον ο πόνος εξακολουθεί, προκαλεί αισθήματα θυμού, ματαίωσης και άγχους.
- 5.6 Η σχέση μεταξύ πόνου και ψυχοκοινωνικών παραγόντων είναι αμφίδρομη. Το κοινωνικό πλαίσιο μέσω του οποίου βιώνεται ο πόνος, η σημασία που δίνεται σε αυτόν, και άλλα χαρακτηριστικά όπως τα πιστεύω, οι στάσεις η προσωπικότητα και η διάθεση διαμορφώνουν την εμπειρία του πόνου.

Νοσηλευτική & Αρωματοθεραπεία

- 5.7 Οι συμπληρωματικές θεραπείες έχουν στενή σχέση και συνάφεια με τη νοσηλευτική πρακτική, καθώς εστιάζονται στην ολιστική αντιμετώπιση του ανθρώπου.
- 5.8 Ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθά τον άνθρωπο (υγιείς και ασθενείς) στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή την αποκατάστασή της. Η συνεισφορά του νοσηλευτή, βοηθά επιπρόσθετα στην ανεξαρτητοποίηση του ανθρώπου από την ανάγκη της φροντίδας στο συντομότερο δυνατό χρόνο. Για τη νοσηλευτική ο άνθρωπος είναι μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα.
- 5.9 Η αρωματοθεραπεία είναι η πιο δημοφιλής συμπληρωματική θεραπεία για τους νοσηλευτές στις ΗΠΑ. Παρότι η αρωματοθεραπεία χρησιμοποιείται ως θεραπευτική τεχνική από τους νοσηλευτές για πάνω από 15 χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι μόνο τα τελευταία χρόνια

που έχει τύχει αναγνώρισης, ως σημαντικό τμήμα της ολιστικής νοσηλευτικής. Έχει αναγνωρισθεί από τη νοσηλευτική επιστημονική κοινότητα, η ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας σε σχέση με την αρωματοθεραπεία, καθώς λίγες μόνο σχετικές έρευνες και μελέτες υπάρχουν ξεκινώντας από τις δεκαετίες του 1980 και '90 μέχρι σήμερα.

5.10 Ως αποτέλεσμα της υστέρησης αυτής, σήμερα δεν υπάρχει ένα πλήρως μελετημένο και ερευνητικά τεκμηριωμένο πλαίσιο για την αποτελεσματικότητα της αρωματοθεραπείας, οπότε ούτε έχει ενσωματωθεί αυτή στην άσκηση της νοσηλευτικής, ούτε έχει γίνει πλήρως αποδεκτή από τους επαγγελματίες υγείας στο σύνολό τους. Η έλλειψη συνεπώς εστιασμένης έρευνας και η ανάγκη νομοθετικής ρύθμισης των θεραπειών είναι σήμερα καίριοι τομείς που επιβάλλεται να εστιαστούν οι προσπάθειες.

5.11 Προκειμένου να συμπληρωθεί αυτό το κενό, στις έρευνες, αλλά και στην νοσηλευτική πρακτική καθαυτή, κατά τη γνώμη μας θα πρέπει να συνεισφέρουν όχι μόνο νοσηλευτές/επαγγελματίες υγείας με κάποιες γνώσεις αρωματοθεραπείας, αλλά και αρωματοθεραπευτές με νοσηλευτική κατάρτιση, ή άμεση σχέση με άλλα επαγγέλματα υγείας. Καίριο ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου αλλά και τη θεραπεία συνολικότερα, έχει όχι μόνο η επαγγελματική κατάρτιση και εμπειρία, αλλά και η προσωπικότητα του θεραπευτή, καθώς και η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα σε αυτόν και τον πάσχοντα που επιδρά, για να καταστήσει αποτελεσματική ή μη την παρέμβαση.

5.12 Ο Αρωματοθεραπευτής πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένος σε ότι βεβαίως αφορά την Αρωματοθεραπεία, αλλά και να έχει γνώσεις παθολογίας, φαρμακολογίας, συμβουλευτικής και διαιτολογίας σε ικανό επίπεδο ώστε να μπορεί να κατανοεί το πρόβλημα, να παρέχει συμβουλές, και να γνωρίζει πότε χρειάζεται παραπομπή σε άλλον ειδικό. Η Νοσηλευτική καλύπτει όλο αυτό το φάσμα των επιπλέον γνώσεων. Οι συνδυασμένες γνώσεις καθιστούν τον Νοσηλευτή πλέον κατάλληλο για

την εφαρμογή συμπληρωματικών θεραπειών τόσο στον κλινικό χώρο όσο και στην κοινότητα.

Έρευνα πεδίου

5.13 Η Έρευνα πεδίου βασίστηκε σε συνεντεύξεις σε ένα σύνολο 100 ατόμων τρίτης ηλικίας, σε 2 ξεχωριστά δείγματα από 50 άτομα έκαστο, σε ΚΑΠΗ στις πόλεις Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

5.14 Το ερωτηματολόγιο είχε σκοπό να διερευνήσει κατά πόσο είναι γνωστές οι συμπληρωματικές θεραπείες και ειδικά σε άτομα που βιώνουν πόνο και είναι 65 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα έχουν καθαρά χαρακτήρα ποιοτικής και όχι ποσοτικής ανάλυσης, καθώς σκοπός δεν ήταν η στατιστικού τύπου επεξεργασία σε προκαθορισμένα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για το δείγμα, αλλά η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης των ατόμων του δείγματος για τον πόνο και τις συμπληρωματικές θεραπείες.

5.15 Οι σχετικές απαντήσεις δείχνουν ότι το 60% στο σύνολο του δείγματος αναφέρουν ότι αποτελεί πρόβλημα γι' αυτούς ο πόνος. Ποσοστό 32% του συνόλου αναφέρει πως έχει χρησιμοποιήσει κάποια συμπληρωματική μέθοδο. Οι συχνότερα αναφερόμενες συμπληρωματικές μέθοδοι που έχει χρησιμοποιήσει το σύνολο του δείγματος είναι : μασάζ (19%), βελονισμός (14%) και ομοιοπαθητική (6%). Η Αρωματοθεραπεία, παρότι είναι γνωστή στο 29% του συνολικού πληθυσμού του δείγματος, δεν έχει χρησιμοποιηθεί καθόλου από αυτό.

5.16 Το 66 % του συνολικού δείγματος αναφέρει ότι θα χρησιμοποιούσε κάποια συμπληρωματική μέθοδο για ανακούφιση από τον πόνο. Παρά το γεγονός αυτό δεν φαίνεται να στρέφονται σε παραδοσιακές, για τη χώρα μας, μεθόδους όπως βοτανοθεραπεία και ιαματικά λουτρά. Τέλος ποσοστό 72% του συνολικού δείγματος (τα 2/3 δηλαδή), επιθυμεί περισσότερη ενημέρωση για τις συμπληρωματικές μεθόδους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic Pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gendre, social class, and pain localization. Clin J Pain 1993; 9(3):174-182.

Balducci L. Management of cancer pain in geriatric patients. J Support Oncol 2003; 1(3):175-191.

Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. JAMA 1998; 279(23).

Birrell F, Croft PR, Cooper C, et al. Radiographic change is common in new presenters in primary care with hip pain. PCR Hip Study Group. Rheumatology (Oxford) 200b; 39(7):772-775.

Bradbeer M, Helm RD, Yong HH, Kendig HL, Gibson SJ. Widowhood and other demographic association of pain in independent older people. Clin J Pain 2003; 19(4):247-254.

Brand P, Yancey P. Πόνος. Ένα δώρο που κανένας δεν θέλει. Αθήνα 2007, University Studio Press.

Brochet B, Michel P, Bargerger-Gateau P, Dartigues J. Population based study of pain in elderly people: a descriptive survey. Age Agein 1998; 27:279-284.

Buckle The role of aromatherapy in nursing care.Nurs Clin North Am. 2001 Mar;36(1):57-72. Review

BuckleJ.Literature review:should nursing take aromatherapy more seriously? Br J Nurs 2007Jan 25-Feb 7;16(2):116-20

Chaplin A, Curless R, Thomson R, Barton R. Prevalence of lower gastrointestinal symptoms and associated consultation behaviour in a British elderly population determined by face to face interview. Br J Gen Pract 2000; 50(459):798-802.

Christmas C, Crespo CJ, Franckowiak SC, et al. How common is hip pain amonth older adults? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. J Fam Pract 2002; 51(4):345-348.

Costa PT, Zonderman AB, McCrae RR, et al. Longitudinal analyses of psychological well being in a national sample. J Gerontol 1987;42:50-55.

Croft PR, Rigby AS, Socioeconomic infuences on back problems in the community in Britain. J Epidemiol Community Health 1994; 48:166-170.

Dalby A Σειρήνια Δείπνα, 2000, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο 2000.

Edwards RR, Sarlani E, Wesselmann U, Fillingim RB: Quantitative Assessment of Experimental Pain Perception: multiple domains of clinical relevance. *Pain* 2005; 114:315-319.

Ernst E. A primer of complementary and alternative medicine commonly used by cancer patients. *Med J Aust.* 2001 Jan 15;174(2):88-92. Review

Ferrell BA. The management of pain in long-term care. *Clin J Pain* 2004; 20(4):240-243.

Francheschi M, Colombo B, Rossi P, Canal N. Headache in a population based elderly cohort. An ancillary study to the Italian Longitudinal Study of Ageing (ILSA). *Headache* 1997; 37(2):79-82.

Frankel S, Enochus J, Pearson N, et al. Population requirement for primary hip replacement surgery: a cross-sectional study. *Lancet* 1999; 353(9161):1304-1309.

Fredriksson K, Alfredsson L, Koster M, et al. Risk factors for neck and upper limb disorders: results from 24 years of follow up. *Occup Environ Med* 1999; 56:59-66.

Garrow AP. Foot Pain and Disability in the Adult Population. Phd thesis, University of Manchester, 2002.

Gibson SJ, Farrell M. A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *Clin J Pain* 2004; 20(4):227-239.

Gibson SJ, Katz B, Corran TM, Farrell MJ, Helme RD. Pain in older persons. *Disabil Rehabil* 1994; 16(3):127-139.

Gibson SJ. Age Differences in Psychosocial Aspects of Pain. In: Gibson SJ, Weiner DK (Eds) *Pain in Older Persons, Progress in Pain Research and Management*, Vol 35, Seattle:IASP Press 2005, pp 87-102

Halder SL, McBeth J, Silman AJ, Thompson DG, Macfarlane GJ. Psychosocial risk factors for the onset of abdominal pain. Results from a large prospective population based study. *Int J Epidemiol* 2002; 31(6):1219-1225.

Hall M, Owings M, 2000. National Hospital Discharge Survey. Vol. 329. Hyattsville, MD: National Centre for Health Statistics, 2002.

Harkness EF, Macfarlane GJ, Nahit ES, Silman AJ, McBeth J. Risk factors for new-onset low back pain amongst cohorts of newly employed workers. *Rheumatology (Oxford)* 2003b;42(8):959-968.

Helme RD, Gibson SJ. Pain in older people. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M (Eds). *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP Press 1999, pp 103-112.

Henderson V. *Basic Principles of Nursing Care*. 1966. Geneva, International Council of Nurses

Heyer EJ, Sharma R, Winfree CJ, et al. Severe pain confounds neuropsychological test performance. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000; 22:633-639.

Hillman M, Wright A, Rajaratman G, Tennant A, Chamberlain MA. Prevalence of low back pain in the community: implications for service provision in Bradford, UK. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:347-352

Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, et al. Sychosocial work characteristics and psychological strain in relation to low-back pain. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27(4):258-267.

Jones GT, Macfarlane GJ, Epidemiology of Pain in Older Persons. In: Gibson SJ, Weiner DK (Eds) *Pain in Older Persons, Progress in Pain Research and Management*, Vol 35, Seattle:IASP Press 2005, pp 3-17.

Jorm AF. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of the epidemiological studies across the adult life span. *Psychol Med* 2000; 30:11-22.

Kowalski LM. Use of aromatherapy with hospice patients to decrease pain, anxiety, and depression and to promote an increased sense of well-being. *Am J Hosp Palliat Care*. 2002 Nov-Dec;19(6):3811.

Langton Hewer R. Νευρολογία: Σύγχρονη Παθολογία Read AE, Barritt DW, Langton Hewer R (Eds). Αθήνα 1984 Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Lawless J., *The encyclopedia of Essential oils*, 1992. Great Britain, Element Books Limited.

Macfarlane GJ, Generalised pain, fibromyalgia and retional pain: an epidemeological view. *Best Pract Res Clin Rhematol* 1999; 13(3):403-414

Macfarlane GJ, Thomas E, Papageorgiou AC, et al. Employment and physical work activities as predictors of future low back pain. *Spine* 1997; 22(10):1143-1149

Macfarlane GJ, Hunt IM, Silman AJ, Role of mechanical and psychosocial factors in the onset of forearm pain: prospective population based study. *Br Med J* 2000; 321(7262):676-679.

Macfarlane GJ, McBeth J, Silman AJ. Widespread body pain and mortality: prospective population based study. *BMJ* 2001; 323:662-665.

Maddocks-Jennings W, Wilkinson JM. Aromatherapy practice in nursing: literature review. *J Adv Nurs*. 2004 Oct;48(1):93-103.

Mantyselka P, Hartikainen S, Louhivuori-Laako K, Sulkava R. Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population bases survey. *Age Ageing* 2004; 33:496-499.

Maury M. Marguerite Maury's Guide to Aromatherapy, 1989. Essex. CW Daniel

McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA. Knee Pain and disability in the community. *Br J Rheumatol* 1992; 31(3):189-192.

Melding PS. Who is losing the language? Persistent pain in home-dwelling elders. *Age Ageing*. 2004 Sep;33(5):432-4.

Ohayon MM, Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in a general population. *Arch gen Psychiatry* 2003; 60:39-47.

Papageorgiou AC, Macfarlane GJ, Thomas E, et al. Psychosocial factors in the workplace - do they predict new episodes of low back pain? Evidence from South Manchester Back Pain Study. *Spine* 1997;22(10):1137-1142.

Papageorgiou AC, Croft PR, Thomas E, et al. Psychosocial risks for low back pain: are these related to work? *Ann Rheum Dis* 1998; 57(8):500-502

Pasero C, Rakel B, McCaffery M. Postoperative Pain Management in the Older Adult. In: Gibson SJ, Weiner DK (Eds) *Pain in Older Persons, Progress in Pain Research and Management*, Vol 35, Seattle:IASP Press 2005, pp 377-396.

Patrick DL, Ferketich SL, Frame PS, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: depression and fatigue, July 15-17, 2000. *J Natl Cancer inst monogr* 2004; (3):9-16.

Pfeil M. Role of nurses in promoting complementary therapies. *Br J Nurs*. 1994 Mar 10-23;3(5):217-9.

Pickering G. Age Difference in Clinical Pain States. In: Gibson SJ, Weiner DK (Eds) *Pain in Older Persons, Progress in Pain Research and Management*, Vol 35, Seattle:IASP Press 2005, pp 67-80.

Pickering G, Deteix A, Eschali r A, Dubray C. Impact of pain on recreational activities of nursing home residents. *Ageing* 2001; 13(1):44-48.

Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Management of nonmalignant pain in home-dwelling older people: a population-based survey. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(11):1861-1865.

Pope DP, Hunt IM, Birrell FN, Silman AJ, Macfarlane GJ. Hip pain onset in relation to cumulative workplace and leisure time mechanical load: a population based case-control study. *Ann Rheum Dis* 2003; 62(4):322-326.

Price S., Price L., *Aromatherapy for Health Professionals*, 1995 London, Churchill Livingstone.

Price S., *The Aromatherapy Workbook*, 1993 London, Thorsons .

Raja SN, Meyer RA, Ringkamp M, et al. Peripheral neural mechanisms of nociception. In: Ml ack R, Walls PD (Eds). *Textbook of Pain*, 4th ed. London: Churchill Livingstone 1999, pp 11-45.

Roy RR, Thomas M. Elderly persons with and without pain: a comparative study (part1). Clin J Pain 1987; 3:102-106.

Sandler RS, Stewart WF, Liberman JN, Ricci JA, Zorich NL. Abdominal pain, bloating and diarrhea in the United States: prevalence and impact. Dig Dis Sci 2000; 45(6):1166-1171.

Scher A, Stewart WF, Lipton RB, Migrain and headache: a meta-analytic approach. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M (Eds). Epidemiology of Pain. Seattle: IASP Press 1999, pp 159-170

Schmader KE, Dworkin RH, Clinical Features and Treatment of Postherpetic Neuralgia and Peripheral Neuropathy in Older Adults. In: Gibson SJ, Weiner DK (Eds) Pain in Older Persons, Progress in Pain Research and Management, Vol 35, Seattle:IASP Press 2005, pp 335-372.

Schnaubelt K. Medical Aromatherapy: Healing with Essential Oils,1999, Berkley Ca, Frog Ltd.

Schochat T, Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. Rheumatology (Oxford) 20003; 42(7):829-835.

Smith J. Baltes P. Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. Psychol Aging 1997;12:458-472

Stacey CA, Gatz M. Cross-sectional age differences and longitudinal change on the Bradburn Affect Balance Scale. J gerontol 1991; 46:p76-p78.

Stewart BW, Kleihues P. World Cancer Report. Geneva, WHO Press, 2003.

Thomas E, Sileman AJ, Papageorgiou AC, Macfarlane GJ, Croft PR, Association between measures of spinal mobility and low back pain. An analysis of new attenders in primary care. Spine 1998; 23(3):343-347

Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). Pain 2004; 110(1-2):361-368

Tisserand R., Balacs T., Essential Oil Safety,1995 London, Churchill Livingstone.

Urwin M, Summons D, Allison T, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. Ann Rheum Dis 1998; 57:649-655

Urba SG. Nonpharmacologic pain management in terminal care. Clin Geriatr Med. 1996 May;12(2):301-11.

van Shaardenburg D, Van Den Brande KJ, Lighart GJ, Breedveld FC, Hazes JM, Musculoskeletal disorders and disability in person aged 85 and over: a community survey. Ann Rheum Dis 1994; 53(12):807-811.

Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998; 77:231-239.

Vogt MT, Simonsick EM, Harris TB, et al. Neck and shoulder pain in 70- to 79-year-old men and women: findings from the Health, Aging and Body Composition Study. *Spine J* 2003;3(6):435-441.

Weiner,DK, Haggerty CI, Kritchevsky SB et al., How Does Low Back Pain Impact Physical Function in Independent, Well-Functioning Older Adults? Evidence from the Health ABC Cohort and Implications for the Future.*Pain Med* 2003; 4(4):311-320.

Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM,et al.Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial.*J Clin Oncol.* 2007 Feb 10;25(5):532-9.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russel IJ, Hebert L. The prevalence and characteristic of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38(1):19-28.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990; 33(2):160-172.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

- **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ**
- **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 : ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο έχει σκοπό να διερευνήσει κατά πόσο είναι γνωστές οι συμπληρωματικές θεραπείες και ειδικά σε άτομα που βιώνουν πόνο και είναι 65 ετών και άνω.

Ευχαριστώ για το χρόνο σας,

Αλεξάνδρα Μαντούδη

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Π.Μ.Σ. « Αντιμετώπιση του πόνου »,
Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

- 1) ΦΥΛΟ ☐ Α ☐ Θ
- 2) ΗΛΙΚΙΑ ☐ 65-75 ☐ 75-85 ☐ 85-95 ☐ Άνω των 95
- 3) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ☐ Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η
☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α
- 4) ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ Απόφοιτος: ☐ Βασικής ☐ Μέσης ☐ Ανώτατης
Εκπαίδευσης
- 5) Αποτελεί ο πόνος πρόβλημα για εσάς; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- 6) ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ;
Με : ☐ Ξεκούραση ☐ Φάρμακα ☐ Επίσκεψη στο γιατρό ☐ Άλλο (τι)
- 7) ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
Έχετε ακούσει για κάποια από τις παρακάτω θεραπείες;
- | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------------|
| Αρωματοθεραπεία | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ | Ομοιοπαθητική | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| Βελονισμός | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ | Οστεοπαθητική | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| Μασάζ | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ | Ρεφλεξολογία | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| Άλλο | | | Σιάτσου | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
- 8) Έχετε χρησιμοποιήσει κάποια από αυτές; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- 9) Αν ναι, ποιά;
- 10) Αν ναι, με ποιο αποτέλεσμα;
- ☐ Βελτίωση ☐ Κανένα ☐ Επιδείνωση
- 11) Οι συμπληρωματικές θεραπείες μπορούν να μειώσουν τον πόνο, παράλληλα με φαρμακευτική αγωγή. Θα χρησιμοποιούσατε κάποια από αυτές για τον πόνο ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
- 12) Θα θέλατε να μάθετε περισσότερα για αυτές τις μεθόδους και τις εφαρμογές τους; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

α.α.

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνο οικίας: τηλέφωνο εργασίας: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Απασχόληση: _____

Παρούσα ενόχληση: _____

Άλλες ενοχλήσεις:

Δέρμα (και τύπος δέρματος) : _____

Μαλλιά: _____

Μυοσκελετικό _____

Νευρικό / Αισθητήρια: _____

Αναπνευστικό: _____

Κυκλοφορικό : _____

Πεπτικό: _____

Ενδοκρινικό: _____

Ουρογεννητικό: _____

Ανοσοποιητικό / Λεμφικό: _____

Στρες / Ύπνος: _____

Διατροφή : _____

Σημεία:

Στάση σώματος: _____

Όψη: _____

Κατάσταση Δέρματος: _____

Φαρμακευτική ή άλλη αγωγή: _____

Αντενδείξεις / Αλλεργίες: _____

Συμβουλές: _____
