

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Τμήμα: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

Κίνοβα Θεοδώρα Α.Μ. (13397)

Πετκανά Δήμητρα Α.Μ. (13374)

Εισηγήτρια: Ίρις Ζαμπίρα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας συνέβαλλαν πολλοί και διαφορετικοί άνθρωποι, ο καθένας με το δικό του ξεχωριστό τρόπο. Αρχικά, θα θέλαμε εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στην οικογένεια μας για τη συμπαράσταση και την ηθική υποστήριξη που μας προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας. Ιδιαίτερα, όμως, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την εισηγήτρια μας κυρία Ίρις Ζαμπίρα, τόσο για την υπομονή και υποστήριξη, όσο και για τις επικοινωνιακές της υποδείξεις στην προσπάθειά μας αυτή. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και όλους τους καθηγητές μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	σελίδα 2
Περιεχόμενα	σελίδα 3
Περίληψη	σελίδα 5
Abstract	σελίδα 7
Κεφάλαιο 1	σελίδα 9
Εισαγωγή	σελίδα 9
Κεφάλαιο 2	σελίδα 11
Στόχοι & Σκοποί της εργασίας	σελίδα 11
Κεφάλαιο 3: «Βιβλιογραφική ανασκόπηση»	σελίδα 12
3.1 Ορισμός πόνου	σελίδα 12
3.2 Ο Πόνος στην αρχαιότητα	σελίδα 13
3.3 Φυσιολογία-Μηχανισμοί Πόνου	σελίδα 15
3.4 Η ταξινόμηση του πόνου	σελίδα 19
3.5 Η αντίληψη του πόνου	σελίδα 21
3.6 Η διαχείριση του πόνου	σελίδα 21
3.7 Ομοιοπαθητική	σελίδα 28
3.8 Ομοιοπαθητικό ιστορικό	σελίδα 31
3.9 Ομοιοπαθητικά φάρμακα	σελίδα 32
3.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του πόνου	σελίδα 35
Κεφάλαιο 4	σελίδα 40
4.1 Είδος έρευνας	σελίδα 40

4.2 Περιγραφή δείγματος	σελίδα 40
4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	σελίδα 41
Κεφάλαιο 5 «Αποτελέσματα - Ευρήματα»	σελίδα 42
5.1 Ανάλυση Δεδομένων	σελίδα 42
Κεφάλαιο 6 «Συζήτηση δεδομένων»	σελίδα 59
Κεφάλαιο 7 «Συμπεράσματα»	σελίδα 62
Βιβλιογραφία	σελίδα 64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αρκετό ενδιαφέρον στην αντιμετώπιση του πόνου μέσω των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας και συγκεκριμένα της Ομοιοπαθητικής.

Σκοπός: Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της Ομοιοπαθητικής ως εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου και η διερεύνηση της αντίληψης, τη στάση και του ρόλου που θα πρέπει να υιοθετήσουν οι νοσηλευτές απέναντι στην εφαρμογή της, καθώς επίσης και της πιθανότητας χρήσης των εναλλακτικών θεραπειών και συγκεκριμένα της Ομοιοπαθητικής για την αντιμετώπιση του πόνου από τους νοσηλευτές.

Μέθοδος: Αναζητήθηκαν δημοσιευμένες μελέτες και πληροφορίες, σχετικές με το σκοπό της μελέτης, σε διεθνείς επιστημονικές βάσεις δεδομένων (όπως Pubmed, Scopus), σε ελληνικά, ξένα, έντυπα επιστημονικά περιοδικά, βιβλία και πρακτικά ιατρικών-νοσηλευτικών συνεδρίων.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δείχνουν πως υπάρχει μία αυξητική τάση της χρήσης της ομοιοπαθητικής για την αντιμετώπιση του πόνου και άλλων μη συμβατικών θεραπειών από αρκετούς ασθενείς και επιπλέον την επιθυμία πολλών νοσηλευτών να εξειδικεύσουν τις γνώσεις τους πάνω στις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, προκειμένου να εξασφαλίσουν έγκυρη και ασφαλή φροντίδα στους ασθενείς τους και ιδίως στην αντιμετώπιση του πόνου.

Συζήτηση: Απαραίτητη είναι η θέσπιση ειδικού νομικού πλαισίου, το οποίο θα δίνει το δικαίωμα χρήσης στους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές, λόγω του αντικειμένου εργασίας τους, έρχονται σε συχνή επαφή με τον ασθενή και μέσα από αυτή την επαφή καλούνται να ανακαλύψουν, να εκπαιδευτούν και να εφαρμόσουν επιστημονικά αποδεκτά μεθόδους, συνεργατικά με την εξατομικευμένη συμβατική φροντίδα που παρέχουν. Σε πολλές χώρες η εφαρμογή της Ομοιοπαθητικής για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας αλλά και του πόνου είναι αρκετά διαδεδομένη και ενταγμένη στη κουλτούρα των λαών.

Συμπεράσματα: Από την ανάλυση της βιβλιογραφίας γίνεται φανερό ότι η ομοιοπαθητική, μέσα από την ολιστικότητα που διέπει τις αρχές της και τις μεθόδους επικοινωνίας που ενσωματώνει κατά τη λήψη του ιστορικού, προτείνεται ικανή να διαχειριστεί το χρόνιο πόνο. Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητο να συνεχιστούν οι έρευνες

πάνω στην εφαρμογή της ομοιοπαθητικής, με σκοπό την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και εγκυρότητας της ως εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου.

Λέξεις κλειδιά: Ομοιοπαθητική, εναλλακτικές μορφές θεραπείας, πόνος, ρόλος νοσηλεύτη, εκπαίδευση.

SUMMARY

Introduction: In recent years great interest has been shown towards the treatment of pain through alternative therapies and specifically through Homeopathy.

Purpose: To investigate the effectiveness of homeopathy as an alternative therapeutic method of treating pain and the perception, attitude and the role that nurses should adopt nurses towards its implementation, as well as the potential use of alternative therapies, namely the Homeopathy for pain management by nurses.

Methods: We searched published studies and information related to the aims of this study in international scientific databases (such as Pubmed, Scopemed), in greek, foreign, scientific journals, books and references from medical and nursing conferences.

Results: The results of the study show that there is an increasing trend of using homeopathy to treat pain and other non-conventional therapies in many patients. And our results reveal the desire of many nurses to specialize their knowledge in alternative methods of treatment, in order to ensure accurate and safe result.

Discussion: It is necessary to establish a specific legal framework that would give the right to use to health professionals alternative medicine methods (such as homeopathy). Nurses, because of the workpiece come into frequent contact with the patient and through this contact they are invited to discover, train and implement scientifically acceptable methods collaboratively with personalized conventional care they provide. In many countries homeopathy is quite widespread and integrated in the culture of peoples.

Conclusions: From the analysis of literature it is evident that homeopathy its principles and the methods of communication that incorporates during history taking, seems to be able to manage chronic pain. However, it is necessary that research continues the investigation of the use of homeopathy, to ensure its effectiveness and validity as an alternative therapeutical method in pain management.

Keywords: homeopathy, alternative therapy, pain, nurse role, education.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία με τίτλο «Ομοιοπαθητική και Πόνος» έχει ως σκοπό να αναδείξει την αποτελεσματικότητα της Ομοιοπαθητικής, ως μια μορφή εναλλακτικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου. Η διαχείριση του πόνου στοχεύει στην συνεχή καταστολή του και την βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής ζωής του ανθρώπου, κερδίζοντας τόσο την αυτονομία του, όσο και την διατήρηση της ικανότητάς του να εργάζεται και να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Η αντιμετώπιση του πόνου χρονολογείται όσο και η εμφάνιση του ανθρώπου επί της γης. Αποτελούσε πάντοτε ένα πολύπλοκο πρόβλημα που άλλοτε λυνόταν τυχαία, άλλοτε αυτόματα και άλλοτε κατόπιν "συγκεκριμένης" παρέμβασης. Η πολυπλοκότητα αυτή οδήγησε τις κοινωνίες των ανθρώπων να αναζητούν συνεχώς τις αιτίες της εμφάνισης του πόνου και έτσι νομοτελειακά να εξελίσσουν τις αντιλήψεις και τις θεωρίες του μεγάλου ερωτηματικού " από πού έρχεται και πώς φεύγει ο πόνος". Έτσι λοιπόν, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εισαγωγή της εργασίας που έχει στόχο την ενημέρωση συνοπτικά για το θέμα και το περιεχόμενο των κεφαλαίων της πτυχιακής εργασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι στόχοι και οι σκοποί της παρούσας εργασίας. Στην συνέχεια το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αναφορικά με τον πόνο. Γίνεται ανάλυση των τρόπων με τους οποίους αντιμετώπιζαν τον πόνο οι αρχαίοι πολιτισμοί και έπειτα παρουσιάζονται η φυσιολογία και οι μηχανισμοί του πόνου, η ταξινόμηση του και γίνεται προσπάθεια αποτύπωσης των δεδομένων της βιβλιογραφίας σχετικά με την αντίληψη και διαχείριση του πόνου, δηλαδή το πως αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται ο ανθρώπινος οργανισμός τον πόνο. Ακόμη, παρουσιάζεται η ομοιοπαθητική ως εναλλακτική θεραπεία για την διαχείριση του πόνου, τι περιλαμβάνει ένα ομοιοπαθητικό ιστορικό και ποια φάρμακα ανήκουν στα ομοιοπαθητικά. Επιπρόσθετα, γίνεται ανάλυση του νοσηλευτικού ρόλου στην αντιμετώπιση του πόνου μέσω των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας και συγκεκριμένα με την Ομοιοπαθητική. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η δευτερογενούς τύπου έρευνα της εργασίας. Στο πέμπτο κεφάλαιο πραγματοποιείται ανάλυση των δεδομένων που

συλλέχτηκαν, ενώ στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Τέλος αποτυπώνεται η βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη των θετικών αποτελεσμάτων της Ομοιοπαθητικής στην αντιμετώπιση του πόνου και ο ρόλος που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στην εφαρμογή της ομοιοπαθητικής. Με το πέρασμα τον χρόνων παρατηρείται μεγάλη αύξηση της χρήσης μη συμβατικών θεραπειών από τους ασθενείς και αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας να θέλουν να εφαρμόσουν μη συμβατικές θεραπείες όπως είναι η ομοιοπαθητική στην κλινική πρακτική. Για την ορθή εφαρμογή όμως των εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων, στις οποίες ανήκει η ομοιοπαθητική, είναι αναγκαία η κατάλληλη εκπαίδευση και εξειδίκευση των νοσηλευτών.

Ένας άλλος στόχος της παρούσας εργασίας είναι η αποσαφήνιση του ρόλου της Ομοιοπαθητικής στην αντιμετώπιση του πόνου, μέσα από νοσηλευτική σκοπιά, σχετικά με την εγκυρότητα της και τα αποτελέσματα που επιφέρει στους ασθενείς. Επιπρόσθετα βασικό στόχο της παρούσας εργασίας αποτελεί η ανάλυση και περιγραφή του μοντέλου της ομοιοπαθητικής θεραπείας και των ομοιοπαθητικών φαρμάκων καθώς και των πιο αξιόπιστων μελετών που αποδεικνύουν τα οφέλη τους. Τέλος, η παρούσα εργασία στοχεύει να αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω ανάλυση και μελέτη κυρίως της ομοιοπαθητικής για την αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΝΟΥ

Ένα ερέθισμα το οποίο προκαλεί ή είναι στο όριο να προκαλέσει ιστική βλάβη, συνήθως προκαλεί το αίσθημα του πόνου. Η Διεθνής Εταιρία Μελέτης του Πόνου (International Association for The Study of Pain) παρέχει έναν χρήσιμο ορισμό για τον προσδιορισμό της έννοιας του πόνου, σύμφωνα με τον οποίο «Πόνος είναι μια δυσάρεστη αίσθηση και συναισθηματική εμπειρία η οποία σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται ως τέτοια βλάβη». Βάσει αυτού του ορισμού ο πόνος θεωρείται η αδυναμία να επικοινωνήσει, να εξηγήσει δηλαδή κάποιος τον πόνο, η οποία αδυναμία δεν εξαλείφει την πιθανότητα το άτομο να βιώνει πόνο και να χρειάζεται κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (Harisson, 2008).

Ο πόνος κρίνεται πάντοτε υποκειμενικός καθώς ο καθένας μαθαίνει την σημασία αυτής της λέξης μέσα από επώδυνες εμπειρίες (τραυματισμούς) στα πρώτα χρόνια της ζωής του και μπορεί να είναι μια εμπειρία που να σχετίζεται με την παρουσία κάποιας πραγματικής ή δυνητικής ιστικής καταστροφής. Συχνά, περιγράφεται ως διαπεραστικό ή έντονα ενοχλητικό βίωμα (π.χ., διαξιφιστικός, καυστικός, περιστροφικός) πόνος και/ ή ως σωματική ή συναισθηματική αντίδραση (π.χ., προκαλεί φόβο, ναυτία ή κακουχία). Επιπλέον, οποιοσδήποτε πόνος μέτριας ή μεγαλύτερης έντασης συνοδεύεται από άγχος και τάση για αποφυγή ή τερματισμό της αίσθησης. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι που απεικονίζουν τη δυαδική φύση του πόνου, ότι δηλαδή πρόκειται ταυτόχρονα για αίσθηση και για συναισθημα (Harisson, 2008).

Ο πόνος μπορεί να έχει καταστροφική επίδραση στην καθημερινότητα του ατόμου. Η αίσθηση του έντονου και αφόρητου πόνου μπορεί να χειραγωγήσει τη ζωή του ατόμου, μειώνοντας τα επίπεδα της καθημερινής δραστηριότητας και λειτουργικότητάς του και επιδρώντας αρνητικά στην ικανότητά του για εργασία, στις

διαπροσωπικές του σχέσεις και στη συναισθηματική του προσαρμογή. Παράλληλα, η αντίληψη και το νόημα που δίνει το άτομο στον πόνο που βιώνει, μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωσή του στη θεραπεία (Harrison, 2008).

3.2 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΡΧΑΙΟΥΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥΣ

Ο Ιπποκράτης, (5^{ος} αιώνας π Χ), θεωρείται ο πατέρας της ιατρικής. Το όνομά του είναι συνδεδεμένο με την πρώτη δημιουργική περίοδο της επιστημονικής ιατρικής. Για τους επόμενους αιώνες, το διαγνωστικό σύστημά του που βασίζεται στην παρατήρηση και στη λογική σκέψη, προάγει τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής πρακτικής. Πιστεύοντας στη «θεραπευτική δύναμη της φύσης» αρνήθηκε τις θρησκευτικές ή υπερφυσικές εξηγήσεις και απομάκρυνε την τέχνη της ιατρικής από τη σφαίρα των προλήψεων και της μαγείας (Ρηγάτος, 2005).

Ο όρκος του Ιπποκράτη ορίζει την άσκηση της ιατρικής, σύμφωνα με τους επιστημονικούς νόμους δεσμευμένη από ηθικές και ανθρώπινες εντολές του επαγγέλματος. Ο Ιπποκράτης στην αναληπτική του φαρέτρα περιλαμβάνει διαφόρων τύπων φαρμακευτικές ουσίες, ειδικά διαιτολόγια, διαφόρους τύπους φυσιοθεραπείας. Οι επίγονοι του Ιπποκράτη διατήρησαν τις αντιλήψεις του και ανέπτυξαν παραπέρα το φαρμακευτικό οπλοστάσιο. Η κύρια συμβολή εδώ ανάγεται στον Γαλήνιο (2^{ος} αι. μΧ) και τον Πεδινό Διοσκουρίδη τον Αναφορέα (1^{ος} αιώνας (μΧ), κατεξοχήν φαρμακολόγο και βοτανικό (Ρηγάτος, 2005).

Ο Γαληνός (130-120μ.Χ.) από την Πέργαμο που είχε εργασθεί στην Αλεξάνδρεια, τη Ρώμη, την Πέργαμο και αλλού, είχε ασχοληθεί και με την έρευνα. Με βάση τη γνώση και την εμπειρία του θεωρούσε πως η αντίληψη των αισθημάτων δεν είναι αρμοδιότητα της καρδιάς, αλλά λειτουργία του εγκεφάλου, διαφωνώντας με τις Αριστοτελικές απόψεις (Schiff, 2002).

Αξιομνημόνευτο είναι επίσης ότι εκτός από όσα ήταν γνωστά από τους παλαιότερους γιατρούς, συγγραφείς, ο Διοσκουρίδης είναι εκείνος που περιγράφει τον βέλτιστο τρόπο συλλογής ακατέργαστου οπίου. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι ο Διοσκουρίδης συνόδευε στις εκστρατείες του τον Ρωμαϊκό στρατό και προφανώς είχε

συχνά την ανάγκη να προμηθεύεται και να χρησιμοποιεί όπιο για τις ανάγκες του στρατιωτικού σώματος (Schiff, 2002).

Επιπλέον ο Δασκουρίδης γνώριζε και την αναλγητική – ναρκωτική επίδραση του μανδαγόρα, φυτού από το οποίο μετά από πολλούς αιώνες επρόκειτο να παρασκευασθεί (Τσελίκας, Άχρονι).

Όσο για τις φαρμακοτεχνικές μορφές των διαφόρων παυσίπονων φαρμάκων αναφέρονται την περίοδο της Αρχαίας Ελληνικής ιατρικής, μαλάγματα για επαλείψεις, έμπλαστρα και επιθέματα για τοπική εφαρμογή, δισκία, καταπότια, τροχίσκους για εσωτερική λήψη, όπως και αφεψήματα ή άλλες υγρές μορφές, ελίγματα (μαντζούνια) κ.λπ. Παρασκευάζονται επίσης πεσσοί και βάλανοι που ήταν τύποι υπόθετων , ενώ αναφέρονται και υποκορισμοί , με την καύση φυτών. Ο τύπος του σκευάσματος είχε να κάνει με το είδος του πόνου και την προσωπικότητα του αρρώστου (Schiff, 2002).

Εκτός από τα ποικίλα παρασκευάσματα από άλλοτε άλλα μέρη των φυτών της μήκωνος, του κωνείου ,του μαναδαγόρα , του κολικού , οι αρχαίοι γιατροί γνώριζαν και διάφορα άλλα φυτά με φαρμακευτική δράση στον πόνο. Από αυτά άλλα ήταν σπασμολυτικά, άλλα κατευναστικά, άλλα μυο- χαλαρωτικά .Όλα όμως ασκούσαν ήπιες δράσεις στο κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα συμβάλλοντας στην ανακούφιση διαφόρων τύπων πόνου. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση (Μυρωνίδου-Τζουβελάκη και συν., 2009) αναφέρεται μεταξύ των άλλων και στα ακόλουθα:

- Άνηθος, σε αφέψημα σπόρων. Παυσίπονη δράση.
- Γλύκισα ή γλυκάνισο, σε αφέψημα των σπόρων. Χρησιμοποιείται ακόμα σε ακαθόριστους κοιλιακούς πόνους νηπίων.
- Γλυκόριζα, σπασμολυτικό.
- Δίκταμο σε αφέψημα, σπασμολυτικό. Ανακουφίζει και πόνους γαστρο- δωδεκαδακτυλικού έλκους.
- Έρπυλλος ή άγριο θυμάρι. Σε έγχυμα σπασμολυτικό.
- Κεχρί , ως αφέψημα καταπραυντικό.

- Νάρδος, οι ρίζες του φυτού. Ήπιες κατευναστικές δράσεις.
- Νάρκη (κοινώς Αρτάκης,) ηρεμιστικό κατασταλτικό των σπασμών.
- Κύαμος, με δράση σε νευραλγίες και τετανικούς σπασμούς.

Ο αρχαιότερος γιατρός στην ιστορία είναι ο Αιγύπτιος Ιμάτιο που έζησε μεταξύ του 2700 και 2600 π.Χ. Φαίνεται ότι οι Αιγύπτιοι υπέστησαν μεταξύ άλλων ασθένειες όπως φυματίωση, τερηδόνα, αθηροσκλήρωση, και παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος. Χρησιμοποίησαν οδοντικά προθέματα λόγω καταστροφής ούλων και οδόντων, και υπάρχουν ενδείξεις για περιοδοντικά αποστήματα. Ο πόνος πρέπει να ήταν ευρύς στο πληθυσμό, και μάλιστα ιατρικοί πάπυροι αποκαλύπτουν σημαντική χρήση των ναρκωτικών, όπως υοσκιαμίνη, σκοπολαμίνη, και του οποιοειδούς μαζί με κάποιο τελετουργικό και μηχανικές ενέργειες (Ρηγάτος, 2005). Στον πάπυρο Χέρση το 1550 π.χ., καταγράφηκε η κλινική αντιμετώπιση του πόνου «μέσα στο σώμα», τον οποίο εμείς σήμερα αποκαλούμε σπλαχνικό πόνο. Οι ασθενείς καλούνταν να καταναλώσουν ένα μείγμα μπύρας, αρκεύθου και ζύμης, για 4 ημέρες (Leake, 1952).

3.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ-ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΝΟΥ

Σύμφωνα με την μέχρι τώρα γνώση στην τρέχουσα βιβλιογραφία αναφορικά με τον πόνο, όλοι οι υποδοχείς του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις. Βρίσκονται διάσπαρτα σε μεγάλο βαθμό στις επιπολής στιβάδες του δέρματος καθώς και σε ορισμένους εν τω βάθη ιστούς, όπως στο περίοστεο, τις επιφάνειες των αρθρώσεων κ.α. Οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους εν τω βάθη ιστούς περιέχουν λιγότερους υποδοχείς πόνου. Ωστόσο, κάθε εκτεταμένη βλάβη ιστών, μπορεί να προκαλέσει πόνο στις αντίστοιχες περιοχές. Οι ώσεις του πόνου που παράγονται στις ελεύθερες νευρικές απολήξεις μεταβιβάζονται με δύο ειδών ίνες: τις ίνες ταχείας και τις ίνες βραδείας αγωγιμότητας (Vander, 2001).

Ένα περιφερικό νεύρο αποτελείται από τους άξονες τριών διαφορετικών τύπων νευρώνων: περιφερικών αισθητικών προαγωγών, περιφερικών κινητικών και

συμπαθητικών μεταγαγγλιακών νευρώνων. Οι περιφερικές προσαγωγές ίνες ταξινομούνται με βάση τη διάμετρο, το βαθμό μυελίνωσης και την ταχύτητα αγωγής του ερεθίσματος. Οι ίνες μεγαλύτερης διαμέτρου, οι Α-βήτα (Αβ), μεταφέρουν κυρίως την επιβολή αφή και/ή την αίσθηση της κίνησης και υπάρχουν κυρίως σε νεύρα που νευρώνουν το δέρμα. Σε φυσιολογικά άτομα η δραστηριότητα αυτών των ιών δεν παράγει πόνο. Υπάρχουν δυο επιπλέον κατηγορίες περιφερικών προσαγωγών ιών: οι παχιές εμμύελες ίνες Α-δέλτα (Αδ), ταχείας αγωγιμότητας και οι αμμύελες πολύ λεπτές ίνες C, βραδείας αγωγιμότητας. Ο χρόνιος, αμβλύς πόνος μεταβιβάζεται με τις ίνες βραδείας αγωγιμότητας ενώ ο οξύς πόνος μεταβιβάζεται με τις ίνες ταχείας αγωγιμότητας. Τα περισσότερα σπλάχνα έχουν υποδοχείς μόνο για τις ίνες βραδείας αγωγιμότητας ενώ το δέρμα διαθέτει υποδοχείς και για τα δύο είδη ιών. Λόγω του διπλού αυτού συστήματος νευρώσεως, ένα επώδυνο ερέθισμα γίνεται αντιληπτό αρχικά ως ταχύς πόνος, έπειτα οξύς και μετά από ένα περίπου δευτερόλεπτο ως βραδύς καυστικός πόνος. Τα δύο αυτά διαφορετικά είδη κεντρομόλων ιών, τα άκρα των οποίων καταλήγουν ελεύθερα στο δέρμα και σε ιστούς είναι αυτά που μεταφέρουν το αίσθημα του πόνου και αποτελούν τους αλγοαισθητήρες ή υποδοχείς πόνου (Guyton 1990: Vander 2001).

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω η ικανότητα αντίληψης επώδυνων ερεθισμάτων θα έπρεπε να καταργείται εντελώς εφόσον αποκλεισθούν οι ίνες Αδ και C. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει και η αίσθηση του πόνου φαίνεται να έχει διαμεσολαβήσει πιθανά και από άλλους υποδοχείς διαφορετικούς από τους αλγοαισθητήρες. Εκτός όμως από τους από τους διαφορετικούς υποδοχείς που μπορεί να διαμεσολαβούν την αίσθηση του πόνου, οι ίδιοι οι αλγοαισθητήρες αντιδρούν σε ποικίλους τύπους βλαπτικών ερεθισμάτων (Harisson, 2008).

Μερικές ίνες του πόνου διεγείρονται σχεδόν αποκλειστικά από την υπέρμετρη μηχανική τάση ή από τη μηχανική βλάβη των ιστών. Οι ίνες αυτές ονομάζονται μηχανο-ευαίσθητοι υποδοχείς πόνου. Άλλες είναι ευαίσθητες σε ακραίες θερμοκρασίες θερμού ή ψυχρού και γι' αυτό λέγονται θερμό-ευαίσθητοι υποδοχείς πόνου. Άλλες πάλι είναι ευαίσθητες σε διάφορες χημικές ουσίες και ονομάζονται χημειο-ευαίσθητοι υποδοχείς πόνου. Οι περισσότερες από τις χημικές ουσίες που διεγείρουν τους τελευταίους απελευθερώνονται όταν υπάρχει κυτταρική βλάβη. Αν και μερικοί υποδοχείς πόνου είναι περισσότερο ευαίσθητοι μόνο σε ένα από τους

παραπάνω τύπους ερεθισμάτων, οι πιο πολλοί είναι ευαίσθητοι σε περισσότερους (Guyton, 1990).

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι προσαγωγοί αλγοαισθητήρες έχουν νευροτροποποιητική δράση. Οι περισσότεροι υποδοχείς περιέχουν πεπτίδια που απελευθερώνονται από τα περιφερικά πέρατά τους κατά την ενεργοποίηση τους. Παράδειγμα αποτελεί η ουσία P, ένα πεπτίδιο 11 αμινοξέων, η οποία η ουσία P απελευθερώνεται από τους περιφερικούς υποδοχείς και έχει πολλαπλές βιολογικές ιδιότητες που προάγουν τελικά τη φλεγμονή. Είναι επίσης ενδιαφέρον ότι η ελάττωση των επιπέδων της ουσίας P στις αρθρώσεις μειώνει τη βαρύτητα της πειραματικής αρθρίτιδας (Kandel et al., 2004).

Σύμφωνα λοιπόν με το Harisson, οι περιφερικοί προσαγωγοί αλγοαισθητικής δεν είναι απλά παθητικοί αγγελιοφόροι επώδυνων ερεθισμάτων αλλά διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην προστασία των ιστών μέσω της νευρο-τροποποιητικής τους δράσης (Harrison, 2008: Kandel et al., 2004).

Η πλειονότητα των νωτιαίων νευρώνων που δέχονται ώσεις από τους περιφερικούς προσαγωγούς αλγοαισθητήρες μεταφέρουν τα ερεθίσματα στον αντίστοιχο θάλαμο. Οι άξονες αυτών των νευρώνων σχηματίζουν το αντίπλευρο νωτιαίο-θαλαμικό δεμάτιο. Η διακοπή της νωτιοθαλαμικής οδού έχει ως αποτέλεσμα μόνιμη διαταραχή της διάκρισης πόνου και θερμοκρασίας (οδός του άλγους και θερμού- ψυχρού) (Harrison, 2008).

Οι άξονες του νωτιαίο-θαλαμικού δεματίου φθάνουν σε διάφορες περιοχές του θαλάμου. Στη συνέχεια τα σήματα πόνου αποκλίνουν και μεταφέρονται σε ευρείες περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού που επεξεργάζονται ποικίλες πτυχές της επώδυνης εμπειρίας. Μία από τις θαλαμικές προβολές καταλήγει στον κύριο σωματοαισθητικό φλοιό. Αυτή η προβολή αφορά στις καθαρά αισθητικές πτυχές του πόνου, δηλαδή στην εντόπιση, την ένταση και την ποιότητα. Άλλοι θαλαμικοί νευρώνες συνδέονται με περιοχές του φλοιού που σχετίζονται με τη συναισθηματική ή δυσάρεστη συναισθηματική διάταση του πόνου καθώς και με το δικτυωτό σχηματισμό. Η συναισθηματική διάταση του πόνου προκαλεί την οδύνη και ασκεί ισχυρή επίδραση στη συμπεριφορά. Εξαιτίας αυτής της διάστασης ο φόβος αποτελεί σταθερό σύντροφο του πόνου (Snell et al., 1995: Harisson, 2008).

Υπάρχουν πολλές ακόμα θαλαμικές προβολές του νωτιαίο-θαλαμικού δωματίου αρκετές από τις οποίες δεν έχουν ακόμα περιγραφεί, η παρουσία τους όμως υποδηλώνεται από τις ποικίλες συνιστώσες της επώδυνης εμπειρίας και τις συνδέσεις αυτής σχεδόν με όλες τις εγκεφαλικές λειτουργίες. Σε μία προσπάθεια να εντοπίσουν την περιοχή όπου η επώδυνη εμπειρία γίνεται αντιληπτή και έχοντας ως δεδομένο ότι ο εγκεφαλικός φλοιός αποτελεί την έδρα της συνειδητής αντίληψης των περισσοτέρων αισθητικών πληροφοριών, ερευνητές ανακάλυψαν ότι η αφαίρεση ολόκληρων των σωματοαισθητικών χώρων του φλοιού δεν εξαφανίζει την ικανότητα αντίληψης του πόνου. Άμεσο αποτέλεσμα των παραπάνω είναι ότι πιθανά η αντίληψη του πόνου να είναι λειτουργία κατώτερων κέντρων και έτσι θεωρείται σήμερα ότι οι ώσεις του πόνου που μπαίνουν στο οπτικό θάλαμο και σε άλλα κατώτερα κέντρα προκαλούν τουλάχιστον κάποια συνειδητή αντίληψη του πόνου (Guyton, 1990).

Το 1965 οι (Meltzack & Wall) σε μια προσπάθεια να ερμηνεύσουν τους ενδογενείς μηχανισμούς ελέγχου του πόνου υπέθεσαν ότι το επώδυνο ερέθισμα για να φτάσει στον εγκέφαλο πρέπει να περάσει από μια «πύλη» και έτσι διατύπωσαν τη «θεωρία της πύλης». Στην ουσία η θεωρία αυτή έχει σχέση με τον τρόπο με τον οποίο ένα ερέθισμα μπορεί να διαφοροποιηθεί στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού. Οι Meltzack και Wall υπέθεσαν ότι το επώδυνο ερέθισμα για να φτάσει στον εγκέφαλο πρέπει να περάσει από μια «πύλη». Η «πύλη» αυτή βρίσκεται στην πηκτωματώδη ουσία (στιβάδα II) του οπίσθιου κέρατος του νωτιαίου μυελού όπου υπάρχουν οι διαβιβαστικοί νευρώνες και οι ανασταλτικοί ενδονευρώνες. Αύξηση της δραστηριότητας των διαβιβαστικών νευρώνων μεταβιβάζει τον πόνο σε ανώτερα επίπεδα του ΚΝΣ (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα). Χαμηλής έντασης ερέθισμα διεγείρει τις Αβ ίνες και κλείνει η πύλη εισόδου. Αν το ερέθισμα συνεχιστεί, αναλαμβάνουν δραστηριότητα οι Αδ και C ίνες, η πύλη εισόδου ανοίγει και το ερέθισμα γίνεται επώδυνο. Ανώτερα κέντρα μπορούν να ενεργοποιήσουν αυτό το σύστημα και να κλείσουν την πύλη εισόδου. Η ύπαρξη αυτών των μηχανισμών φαίνεται να εξηγεί τον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνεται αναλγησία με το βελονισμό, το διαδερμικό ηλεκτρισμό (TENS- Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), την πίεση ή το τρίψιμο της περιοχής. Στόχος είναι η ενεργοποίηση των Αβ ινών και το κλείσιμο της πύλης (Πίνακας 1) (Meltzack & Wall, 1965).

Πίνακας 1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαβίβαση πόνου σύμφωνα με τη θεωρία πύλης ελέγχου (Meltzack & Wall, 1965).

Θέση	Κλείνουν πύλη	Ανοίγουν πύλη
Ίνες	A) ώσεις που διαβιβάζονται από μεγάλες γρήγορες μελανωμένες A-β και A-α ίνες B) διέγερση των ακέραιων περιοχών δέρματος (π.χ. μασάζ)	A) ώσεις που διαβιβάζονται από μικρές αργές ίνες A-δ και C-ίνες B) διέγερση προσβεβλημένων περιοχών δέρματος (π.χ. ηλιακό έγκαυμα)
Εγκεφαλικό στέλεχος (κατιούσες οδοί)	A) αποτέλεσμα μορφίνης B) επαρκής ή μέγιστη αισθητική εισροή (π.χ. περισπασμός)	A) αποτέλεσμα μη μορφίνης B) ανεπαρκής αισθητική εισροή (π.χ. μονοτονία)
Φλοιός	A) παρελθούσες εμπειρίες B) αισθήματα ελέγχου πόνου	A) παρελθούσες εμπειρίες B) άγχος

3.4 ΤΑΞΙΝΟΜΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

Υπάρχουν διάφορα συστήματα ταξινόμησης του πόνου που κατατάσσουν τον πόνο σε κατηγορίες ανάλογα με την εντόπιση, την διάρκεια, την συχνότητα, τον υποκείμενο αιτιολογικό παράγοντα, την ένταση. Προφανώς και έχοντας υπόψη όλες αυτές τις παραμέτρους της επώδυνης εμπειρίας η ταξινόμηση του πόνου είναι πολλές φορές πολύπλοκη και αποτελεί πηγή σύγχυσης για τους ιατρούς και νοσηλευτές οι οποίοι σαν αποτέλεσμα χρησιμοποιούν διάφορα ταξινομητικά συστήματα. Ο ακριβής διαχωρισμός ανάμεσα στα διάφορα αυτά συστήματα δεν είναι πάντα δυνατός αφού πολλές παράμετροι αλληλεπικαλύπτονται ενώ άλλες παραλείπονται από σύστημα σε σύστημα. Στα περισσότερα συστήματα ο πόνος ταξινομείται με βάση (Eliot & Cole, 2002):

α) **την εντόπιση**: Υπάρχουν δυο συστήματα ταξινόμησης που σχετίζουν τον πόνο με την ανατομική θέση ή με το σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού το οποίο

θεωρείται ότι εμπλέκεται. Στο πρώτο ο πόνος ταξινομείται περιοχικά, ανάλογα με την ανατομική θέση που καταλαμβάνει (π.χ. χαμηλή οσφυαλγία, κεφαλαλγία, πυελικός πόνος) ενώ στο δεύτερο ταξινομείται ανάλογα με το σύστημα του οργανισμού το οποίο φαίνεται αιτιολογικά να εμπλέκεται (π.χ. μυοσκελετικός, νευρολογικός, αγγειακός).

β) **την διάρκεια:** Κατά σύμβαση ως οξύς ορίζεται ο πόνος διάρκειας μικρότερης από 30 ημέρες και ως χρόνιο εκείνον που επιμένει για περισσότερο από 6 μήνες. Ο υποξύς περιγράφει το πόνο διάρκειας μεγαλύτερης του ενός μήνα αλλά μικρότερης των 6 ενώ ο επαναλαμβανόμενος οξύς πόνος περιγράφει κάποιο μοντέλο πόνου που διαρκεί αρκετό χρονικό διάστημα αλλά επέρχεται σε μεμονωμένα επεισόδια. Περαιτέρω διάκριση μπορεί να γίνει στο χρόνιο πόνο ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα προέλευσης του σε κακοήθη(σχετιζόμενο με κακοήθεια) και καλοήθη (μη σχετιζόμενο με κακοήθεια).

γ) **τον αιτιολογικό παράγοντα:** Ο πόνος διαχωρίζεται σε σωματικό, σπλαγγικό και νευροπαθητικό ανάλογα με τη θέση ερεθισμού των αλγοαισθητήρων ή την πιθανή ιστική βλάβη. Ο σωματικός πόνος αναφέρεται σε ερεθισμό των αλγοαισθητήρων στην περιφέρεια, ο σπλαγγικός συνήθως ενδοκοιλιακά ενώ ο νευροπαθητικός τυπικά αναφέρεται σε βλάβη στις προσαγωγές νευρικές οδούς. Ο σωματικός πόνος είναι καλά εντοπισμένος, και συνεχής. Αντίθετα, ο σπλαγγικός πόνος δεν είναι μεν καλά εντοπισμένος αλλά είναι βύθιος και προβάλλεται στο δέρμα. Ο νευροπαθητικός πόνος από την άλλη, χαρακτηρίζεται από οξύς παροξυσμούς ή καυστικές δυσαισθησίες.

δ) **την ένταση:** η ταξινόμηση του πόνου με βάση την ένταση είναι προφανώς η μικρότερης αξίας από όλες τις προηγούμενες μιας και η ένταση είναι ένα ξεχωριστό και διαρκώς μεταβαλλόμενο χαρακτηριστικό για τον κάθε ασθενή.

Έτσι, ένας ασθενής μπορεί να βαθμολογήσει με 10 μια επώδυνη εμπειρία που προκύπτει από μια συγκεκριμένη παθολογία ενώ ένας άλλος ασθενής με την ίδια παθολογία μπορεί να την εκτιμήσει με 5 χρησιμοποιώντας και αυτός μια κλίμακα από 0 έως 10 (από 0 καθόλου πόνος έως 10 ισχυρός πόνος). Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς πόσο πολύ εμπλέκεται το προσωπικό στοιχείο στην ταξινόμηση της έντασης μιας επώδυνης εμπειρίας και άρα πόσο υποκειμενική μπορεί να θεωρείται μια τέτοια ταξινόμηση (Eliot & Cole, 2002).

3.5 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η ένταση του ερεθίσματος που απαιτείται για την ενεργοποίηση των αλγούποδοχέων του κάθε ατόμου ονομάζεται ουδός του πόνου. Ο ουδός για την αντίληψη του πόνου, η μικρότερη ένταση την οποία πρέπει να έχει ένα ερέθισμα προκειμένου να γίνει αντιληπτό ως επώδυνο, είναι περίπου ο ίδιος για όλους τους ανθρώπους (Guyton, 1990). Μειώνεται σε περιπτώσεις φλεγμονής. Ο ουδός του πόνου αυξάνεται με την εφαρμογή τοπικών αναισθητικών, μετά από χορήγηση κεντρικώς δρώντων αναλγητικών και σε βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) (Adams &Victor, 2003).

Σημαντικό όμως ρόλο στην αντίληψη του πόνου διαδραματίζουν και άλλοι μηχανισμοί, οι οποίοι δεν σχετίζονται με τη μεταβολή (αύξηση ή μείωση) του ουδού του πόνου). Η χορήγηση εικονικού φαρμάκου (placebo) ελαττώνει τον πόνο στο ένα τρίτο των ασθενών. Ο νυγμός του δέρματος σε περιοχές(ανατομικά) απομακρυσμένες από επώδυνες χειρουργικές τομές επιτυγχάνει, σε ορισμένες περιπτώσεις τη μείωση του πόνου. Η υποβολή και η διάσπαση της προσοχής του ασθενούς από κάποιο μέρος του σώματος που τον αλγεί, μειώνει την αντίληψη και την αντίδραση στον πόνο. Η έντονη συναισθηματική φόρτιση (φόβος ή οργή) καταστέλλει τον πόνο. Ο πόνος είναι ελαττωμένος στη μανία και εντονότερος στην κατάθλιψη. Τα παραπάνω είναι δηλωτικά ότι η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας του ασθενούς επηρεάζει τη συναισθηματική και λεκτική αντίδραση σε επώδυνα ερεθίσματα (Adams &Victor, 2003).

3.6 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Φάρμακο ονομάζεται η ουσία ή το παρασκεύασμα που ανακουφίζει είτε θεραπεύει ασθένειες ή πόνους του ανθρώπινου οργανισμού και γενικότερα αποκαθιστά την ανθρώπινη υγεία (Susan C & Dewit, 2009).

Μεγάλο ποσοστό των αρρώστων με χρόνια πόνο προέρχεται από οξύ πόνο (Ο.Π.) διαφόρου αιτιολογίας, που δεν αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά. Δύο είναι τα

συνήθη λάθη στην ανακούφιση του Ο.Π. που συμβάλλουν στην δημιουργία χρόνιων επώδυνων συνδρόμων (Κουργκουλή και συν., 2007):

A) Ότι η αναλγησία που συνήθως προσφέρεται στη διάρκεια του Ο.Π δεν είναι επαρκής σε διάρκεια και ένταση με αποτέλεσμα πολλοί άρρωστοι να αποκτούν τραυματικές εμπειρίες.

B) Παρόλο ότι πρόκειται για συνεχή Ο.Π. τα αναλγητικά αντί να χορηγούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με την διάρκεια της δόσης τους, αναγράφονται με την οδηγία «επί ανάγκης» («ή επί πόνου») με αποτέλεσμα μόλις ξαναρχίσει ο πόνος, ο άρρωστος να αγωνίζεται να πείσει τον νοσηλευτή ότι υποφέρει. Έτσι κάθε φορά που πονά αναγκάζεται να χρησιμοποιεί μια ορισμένη συμπεριφορά, που περιγράφεται ως συμπεριφορά πόνου για να επιτύχει την ανακούφιση. Ο άρρωστος μας αποκτά πολλές τραυματικές εμπειρίες, και συχνά μια συμπεριφορά πόνου μέσω της οποίας μαθαίνει να επιζητά δευτερογενή οφέλη όπως το ενδιαφέρον και την περιποίηση από το περιβάλλον του ή την αποφυγή δυσάρεστων καθηκόντων ή της εργασίας. Έτσι εδραιώνεται ως χρόνιο επίμονο σύνδρομο. Η σωστή βέβαια τακτική για την ανακούφιση από τον Ο.Π και την πρόληψη του χρόνιου πόνου (Χ.Π.) είναι, αφού εκτιμηθεί η δόση και η διάρκεια του αναλγητικού, να χορηγούνται σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα, π.χ. ανά 24ωρο, έτσι ώστε η αναλγησία να είναι επαρκής. Μετά τα πρώτα επώδυνα 24ωρα, αντικαθιστούνται τα ισχυρά αναλγητικά (ναρκωτικά) με ηπιότερα αναλγητικά αλλά πάντοτε σε επαρκή δόση και σε τακτά διαστήματα.

Το 1985 στο 5ο Παγκόσμιο Συνέδριο Πόνου ο Melzack τόνισε ότι ο γιατρός μπορεί να μη θεωρηθεί υπεύθυνος για την αδυναμία του να ανακουφίσει τον πόνο, όταν δεν έχει εντοπισθεί επαρκώς η κύρια αιτία του αλλά δεν δικαιολογείται για την αποτυχία του σε περιπτώσεις που δεν είναι γνωστή η αιτία, έχουν εξαντληθεί τα περιθώρια αντιμετώπισης της νόσου αλλά υπάρχουν δυνατότητες ανακούφισης του πόνου. Οι άρρωστοι πρέπει να αντιμετωπίζονται από ομάδα εξειδικευμένων γιατρών. Η στρατηγική που θα ακολουθηθεί για την αντιμετώπιση του, επώδυνου συνδρόμου, περιλαμβάνει τουλάχιστον μια από τις παρακάτω μεθόδους (Κουργκουλή και συν., 2007):

- Περιοχικές τεχνικές αποκλεισμού νεύρων μόνιμου ή παροδικού χαρακτήρα.
- Ψυχολογικές μεθόδους υποστήριξης, μετατροπής της συμπεριφοράς.

- Νευροχειρουργικές μεθόδους διακοπής νευρικών οδών.
- Κινησιοθεραπεία, φυσιοθεραπεία.
- Φάρμακα όπως αναλγητικά, αντικαταθληπτικά.

Είναι σημαντικό ο άρρωστος που υφίσταται την ταλαιπωρία του επώδυνου συνδρόμου, να μην έχει και την ενόχληση των ενέσεων, δεδομένου μάλιστα ότι όλα τα αναλγητικά μπορούν να χορηγούνται από το στόμα. Η αναλγησία πρέπει να είναι επαρκής σε ένταση και διάρκεια ώστε να καλύπτει πλήρως την ένταση και την διάρκεια του πόνου του αρρώστου. Τα αναλγητικά με μεγάλη διάρκεια δράσεως βοηθούν να καλύπτεται ο πόνος με 3-4 δόσεις όλο το 24ωρο. Τα μεσοδιαστήματα με πόνο ενεργοποιούν τον φαύλο κύκλο, πόνος-σπασμός-περισσότερος σπασμός, με αποτέλεσμα να γίνεται δυσκολότερη η αντιμετώπιση του αρρώστου. Γι' αυτό η χορήγηση των αναλγητικών δεν πρέπει να γίνεται «επί πόνου» αλλά σε τακτά χρονικά διαστήματα (Κουργκουλή και συν., 2007).

Η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου δεν είναι μόνο ζήτημα χορήγησης του σωστού φαρμάκου στο σωστό χρόνο. Είναι ένας συνδυασμός φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών προσεγγίσεων που μαζί δίνουν στο άτομο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ανακούφισης για το μεγαλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ανακούφισης για το μεγαλύτερο δυνατό διάστημα (Susan C & Dewit, 2009).

Τα αναλγητικά φάρμακα πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς μόνο κάτω από τις οδηγίες του ιατρού ώστε να προληφθούν τυχόν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με άλλα χορηγούμενα φάρμακα. Για παράδειγμα η ασπιρίνη που λαμβάνεται συχνά σε περιστασιακή κεφαλαλγία και πόνους στις αρθρώσεις, επίσης έχει και ισχυρές αντιπηκτικές ιδιότητες. Μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες επιπλοκές για κάποιον που έχει διαταραχή της αιμόστασης (Susan C & Dewit, 2009). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2008) παρουσιάζεται η προσέγγιση όσον αναφορά στον φαρμακευτικό έλεγχο του πόνου. Αναλγητικά και οδοί χορήγησης (Susan C & Dewit, 2009):

- Από του Στόματος Αναλγητικά: Είναι κάθε ουσία που λαμβάνεται από το στόμα για τον έλεγχο του πόνου. Αυτά περιλαμβάνουν φάρμακα που δεν

χρειάζονται συνταγογράφηση, όπως η ακεταμινοφαίνη (Tylenol) και η ασπιρίνη (Bayer), όπως και φάρμακα που συνταγογραφούνται.

- Ενδομυϊκά Αναλγητικά: Τα ενδομυϊκά αναλγητικά είναι ουσίες οι οποίες χορηγούνται με ένεση στο μυϊκό ιστό για τον έλεγχο του πόνου.
- Ενδοφλέβια Αναλγητικά: Τα ενδοφλέβια αναλγητικά είναι ουσίες οι οποίες χορηγούνται με ένεση ή εγχέονται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατευθείαν στο αγγειακό σύστημα
- Υποδόρια Αναλγητικά: Τα υποδόρια αναλγητικά είναι φάρμακα που χορηγούνται με ένεση στον υποδόριο ιστό
- Τοπικά Αναλγητικά: Τα τοπικά αναλγητικά είναι φάρμακα που τοποθετούνται σε μια συγκεκριμένη περιοχή στο δέρμα και στα οποία απορροφώντας διαμέσου του αγγειακού συστήματος.
- Αναλγησία Ελεγχόμενη από τον ασθενή (PCA- Patient Controlled Analgesia): Η αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή περιλαμβάνει μια συσκευή έγχυσης που ελέγχεται από τον ασθενή και ο ίδιος χορηγεί τη συνιστώμενη δόση αναλγησίας. Η συσκευή είναι προγραμματισμένη ώστε ο ασθενής να μπορεί να αποφασίσει πότε να λάβει τη δόση του, αλλά δεν μπορεί να υπερβεί τη μέγιστη δόση φαρμάκου μεταξύ των δόσεων που έχουν οριστεί από τον γιατρό. Η αναλγησία με τον τρόπο αυτό δίνεται συνήθως ενδοφλέβια, αλλά μπορεί ωστόσο να χορηγείται και υποδορίως.
- Επισκληρίδιο Αναλγησία: Το επισκληρίδιο αναλγητικό είναι ένα φάρμακο που χορηγείται κατευθείαν στον επισκληρίδιο χώρο κοντά στη βάση της σπονδυλικής στήλης χρησιμοποιώντας μία προγραμματισμένη αντλία. Η εισαγωγή του καθετήρα έγχυσης πραγματοποιείται από αναισθησιολόγο. Οι ασθενείς που λαμβάνουν επισκληρίδιο αναισθησία πρέπει να παρακολουθούνται για πιθανή καθυστερημένη εμφάνιση καταστολής της αναπνοής ή άπνοιας, βραδυκαρδίας, υπότασης, υπέρτασης, επίσχεσης ούρων, ναυτίας και εμετών

Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Αναλγητικά (Susan C & Dewit, 2009):

- Αντικαταθλιπτικά
- Χημειοθεραπευτικοί Παράγοντες και Άλλα Ανασοκατασταλτικά Φάρμακα.
- Αντισπασμωδικά
- Επεμβατικές Θεραπείες.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του πόνου και την αξιολόγηση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται προς αυτήν την κατεύθυνση είναι η εκτίμηση της επώδυνης εμπειρίας. Ήδη οι ερευνητές από το 1971 (Melzack & Torgeson, 1971) έχουν αντιληφθεί και προσπαθήσει να προσδιορίσουν την πολυδιάστατη φύση του πόνου. Οι διαστάσεις της επώδυνης εμπειρίας πέραν της αισθητικής γίνονται ιδιαίτερος εμφανείς στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια σύνδρομα. Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει χιλιάδες ανθρώπους παγκοσμίως παρεμβαίνοντας στη σωματική και συναισθηματική τους λειτουργία, ελαττώνοντας την ποιότητα ζωής και την ικανότητα για εργασία (Breivik et al., 2006).

Υπάρχουν έρευνες που αναφέρουν την επίδραση που μπορεί να έχει ο χρόνιος πόνος στην προσωπικότητα εκείνου που υποφέρει. Οι ασθενείς πολλές φορές νιώθουν ότι «έχασαν» την ζωή τους συσχετίζοντας το χρόνιο πόνο με την έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοσεβασμού (Smith et al., 1999).

Επιπλέον, άτομα με χρόνιο πόνο συχνά πάσχουν από συνοδό κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, χρόνια κόπωση και ελάττωση όλων των σωματικών λειτουργιών τους και παρότι πολλές φορές δεν είναι γνωστό ποια κατάσταση έχει προτεραιότητα, το σίγουρο είναι ότι πολλές φορές αυτές οι καταστάσεις συνδυάζονται και ταλαιπωρούν από κοινού τον ασθενή (Covington & Edward, 2000).

Ο πόνος λοιπόν σε σωματικό επίπεδο είναι ένα μόνο από τα πολλά ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν όταν αναφέρεται κανείς στη διαχείριση των χρόνιων επώδυνων συνδρόμων. Μεμονωμένες παρεμβάσεις θεραπείας σπάνια επιτυγχάνουν θετικό αποτέλεσμα αφού προσκρούουν στις πολλές συνιστώσες της επώδυνης εμπειρίας που βρίσκουν έκφραση στα διάφορα σύνδρομα που την ακολουθούν (π.χ. κατάθλιψη) (Ashburn & Staats, 1999).

Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι αφενός ότι η διαχείριση του πόνου αναφέρεται στον χρόνιο πόνο διότι ο χρόνιος πόνος ταλαιπωρεί πληθώρα

ασθενών παγκοσμίως διαταράσσοντας πολλές φορές την ποιότητα ζωής και αφετέρου ότι η διαχείριση του χρόνιου πόνου οφείλει απαραίτητα να συμπεριλάβει τις διάφορες συνιστώσες της επώδυνης εμπειρίας (Breivik et al., 2006).

Από την μελέτη τετραετούς παρακολούθησης του γενικού πληθυσμού σε μια περιοχή της Σκωτίας προέκυψε ότι σχεδόν το 80% εκείνων που αρχικά αναφέρουν χρόνιο πόνο εξακολουθούν να δηλώνουν χρόνιο πόνο σε όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης, ενώ οι μισοί περίπου ασθενείς με χρόνιο πόνο φέρονται να παρουσιάζουν την ίδια βαρύτητα σε όλη τη διάρκεια της 4ετούς παρακολούθησης. Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο χρόνιος πόνος εξακολουθεί να ταλαιπωρεί τους περισσότερους ασθενείς ανεξαρτήτως θεραπευτικής παρέμβασης πολλές φορές και με βαρύτητα ίδια της αρχικής (Eliot & Cole, 2002). Παρόμοια είναι τα συμπεράσματα που προκύπτουν και από μελέτες που καταδεικνύουν τη λήψη ανεπαρκούς αναλγητικής θεραπείας και την επακόλουθη αναζήτηση σε περισσότερους από έναν επαγγελματίες υγείας και της ανακούφισης από την επώδυνη εμπειρία (Hanson & Starch, 2000).

Υπάρχουν δύο βασικές κατευθύνσεις μέσα από τις οποίες μπορεί να στα σταθεί κανείς απέναντι στον πόνο, και γενικότερα απέναντι στη ζωή και την ασθένεια. Από τη μία, η προσέγγιση της κλασσικής, δυτικής ή «ορθόδοξης» ιατρικής, και από την άλλη η σκοπιά της ολιστικής ιατρικής. Η κλασσική, δυτική ή «ορθόδοξη» ιατρική είναι όροι που περιγράφουν ένα θεραπευτικό σύστημα που αναπτύχθηκε με τη μορφή που υπάρχει σήμερα κυρίως στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα και συνεχίζεται με γενναίες θεραπευτικές παρεμβάσεις εν μέρει και λόγω της ανάπτυξης των επιστημών και της τεχνολογίας στηρίζεται στην αναλυτική μέθοδο ως μοντέλο μελέτης και κατανόησης του φυσικού κόσμου και το σύνολο χωρίζεται σε μέρη (τμήματα και οργανικά συστήματα με σαφείς, διακριτές και ανεξάρτητες λειτουργίες). Ακολουθεί στη συνέχεια η ανασυγκρότηση του όλου με μια συνθετική διαδικασία, η οποία χρησιμοποιεί, καταδεικνύοντας συγχρόνως, τις διάφορες αίτιες σχέσεις μεταξύ τους. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίχθηκε ο διαχωρισμός της ιατρικής πράξης σε ειδικότητες κάθε μια από τις οποίες έχει συγκεκριμένο αντικείμενο και αρμοδιότητες (Ευαγγελάτος & Βαϊόπουλος, 2008).

Αντιθέτως, στην ολιστική ιατρική τα φυσικά συστήματα νοούνται ως αδιαχώριστες ολότητες που είναι αδύνατον να γίνουν κατανοητές αν διαχωριστούν. Ο άνθρωπος αντιμετωπίζεται ως ένα αδιαίρετο όλον συναποτελούμενο από σώμα, νου και πνεύμα χωρίς παράλληλα να αγνοεί το γεγονός της ενεργητικής επαφής του ανθρώπου με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον καθώς και ότι η σχέση θεραπευτή-ασθενούς είναι βαθιά διαδραστική και ότι μεγάλο μέρος του αποτελέσματος εξαρτάται από αυτή (Ευαγγελάτος & Βαϊόπουλος, 2008).

Ο χρόνιος πόνος επηρεάζοντας ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα που χρειάζεται διεπιστημονική προσέγγιση στην εκτίμηση και τη διαχείριση του, για το οποίο οι λύσεις που προτείνονται από την κλασική ιατρική κρίνονται κατά πολλούς (επαγγελματίες υγείας και ασθενείς) ανεπαρκείς. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο μπορεί ίσως να γίνει κατανοητό γιατί ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες για την οποία οι ασθενείς απευθύνονται στην εναλλακτική ιατρική και συγκεκριμένα στην Ομοιοπαθητική (Hanson & Starch, 2000). Η Ομοιοπαθητική εφαρμόζεται εξίσου στις χρόνιες, επώδυνες παθήσεις καθώς και στις περισσότερες ασθένειες. Στην κλασική Ομοιοπαθητική ο γιατρός προσπαθεί να ταυτίσει την κλινική εικόνα του ασθενούς με κάποιο φάρμακο που προκαλεί την ίδια συμπτωματολογία σε υγιή. Από τη στιγμή που θα το εντοπίσει, βελτιώνεται η κλινική εικόνα του ασθενούς. Δεν υπάρχουν παρενέργειες (Φιλιάνος, 2007).

Κάθε προσπάθεια να προσδιορίσει κανείς την συμπληρωματική ή εναλλακτική ιατρική αποβαίνει εξαιρετικά δύσκολη μιας και αποτελεί ένα πεδίο ιδιαίτερα ευρύ και συνεχώς μεταβαλλόμενο. Οι Eisenberg et al, το 1993 όρισαν τις εναλλακτικές θεραπείες σαν θεραπείες μη διδασκόμενες στις αμερικάνικες ιατρικές σχολές και μη διαθέσιμες ευρέως στα αμερικάνικα νοσοκομεία (Eisenberg et al., 1993). Η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική αποτελεί ουσιαστικά τον όρο που περιγράφει τη σύντηξη πάρα πολλών αρχαίων ρευμάτων σοφίας και γνώσης για την ανθρώπινη κατάσταση και υγεία με τη σύγχρονη, ακριβή, τρέχουσα επιστήμη και τεχνολογία ιατρική που κυριαρχεί στο δυτικό κόσμο (Ευαγγελάτος & Βαϊόπουλος, 2008).

3.7 ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ

Η Ομοιοπαθητική είναι ένα θεραπευτικό σύστημα που βασίζεται σε νόμους και αρχές έχοντας ως στόχο την διέγερση και ενεργοποίηση της άμυνας του οργανισμού ώστε να αντιμετωπίσει και να απαλείψει κάθε νοσογόνο παράγοντα και ασθένεια με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας. Σ' αυτήν την επιστήμη ο άνθρωπος διακρίνεται με μια συγκεκριμένη ιεραρχική δομή σε τρία επίπεδα (Καλούδης, 2012):

- 1) Διανοητικό – Πνευματικό
- 2) Συγκινησιακό – Ψυχικό
- 3) Σωματικό ή φυσικό (όπου περιλαμβάνεται η σεξουαλική επαφή, ο ύπνος, τροφή και οι πέντε αισθήσεις).

Η ομοιοπαθητική δεν αναγνωρίζει στην ουσία την ασθένεια, αλλά την θεωρεί σαν μια συνολική βλάβη του ανθρώπου. Ο πυρετός, ο πόνος, είναι απλώς και μόνον συμπτώματα αυτής της βλάβης. Αντίθετα με ότι συμβαίνει στην κλασική ιατρική, δεν αποτελεί μια ασθένεια όπως π.χ. μια ημικρανία ή γρίπη το κέντρο ενδιαφέροντος, αλλά ο συνολικός άνθρωπος με την εικόνα της ασθενείας του. Ένας άνθρωπος θεωρείται υγιής όταν ο οργανισμός του βρίσκεται σε μια αρμονική ισορροπία και στα τρία επίπεδα, έτσι ώστε να είναι ο οργανισμός ικανός να αντιδρά εξισορροπητικά στους ερεθισμούς του περιβάλλοντος που προκαλούν ασθένειες (Καλούδης, 2012).

Στόχος της ομοιοπαθητικής θεραπείας είναι να επαναφέρει την ισορροπία αυτή με τη χρήση των ομοιοπαθητικών φαρμάκων. Έχει ευρύ θεραπευτικό φάσμα και ασχολείται με όλες τις παθήσεις εκτός από αυτές που αναμφισβήτητα απαιτούν επεμβατική αντιμετώπιση. Μπορεί να θεραπεύσει δερματολογικά, παθολογικά, παιδιατρικά, γυναικολογικά προβλήματα κ.α. Προσφέρει επίσης βοήθεια σε επείγουσες καταστάσεις (Καλούδης, 2012).

Τα Ομοιοπαθητικά φάρμακα όντας ακίνδυνα (χωρίς παρενέργειες αφού πρόκειται για ουσίες διαλυμένες κάτω από τον αριθμό Avogadro) μπορεί να χορηγηθούν σε παιδιά και σε γυναίκες στην εγκυμοσύνη. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι εφικτό να ακολουθήσει ένας ασθενής ομοιοπαθητική θεραπεία παράλληλα με την κλασική ιατρική. Για παράδειγμα ένα άτομο που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να βοηθηθεί μειώνοντας την δόση ινσουλίνης και να αποφύγει την εμφάνιση των μακροχρόνιων επιπλοκών (Φιλιάνος, 2007).

Η Ομοιοπαθητική είναι μια μέθοδος θεραπείας που στηρίζεται στην διέγερση του αμυντικού μηχανισμού. Σε σοβαρές παθήσεις όπως ο καρκίνος, το AIDS, η πολλαπλή σκλήρυνση (ή σκλήρυνση κατά πλάκας) το αμυντικό σύστημα είναι επιβαρημένο. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται με δυσκολία αντιμετώπισης από πλευράς της Ομοιοπαθητικής. Ωστόσο σε αρκετές περιπτώσεις η εμπειρία έδειξε ότι μπορούν να βρουν όφελος οι ασθενείς (Τσασμαλίδης, 2003).

Η Ομοιοπαθητική ως έννοια δεν είναι νέα. Πρώτος ο Ιπποκράτης διατύπωσε τον νόμο των Ομοίων, την αρχή αυτής της επιστήμης. («Δια τα όμοια νόσος γίνονται και δια τα όμοια προσφερόμενα εκ νοσεόντων υγιαίνονται»). Υποστήριζε ότι ο καθένας έχει μια εσωτερική έμφυτη δύναμη, την «Ψυχή», που όταν είναι υγιής ρυθμίζει την λειτουργία όλων των οργάνων (Ρηγάτος, 2005).

Ωστόσο πατέρας της Ομοιοπαθητικής θεωρείται ο Γερμανός ιατρός Samuel Hahnemann (1755-1843) ο οποίος με το έργο του θεμελίωσε τις βασικές αρχές, και στάθηκε ο άνθρωπος που ενέπνευσε πλήθος ιατρών που ασχολήθηκαν και προόδευσαν αυτήν την μέθοδο (Hayfield, 1998).

Στην συνέχεια εμφανίστηκαν αρκετοί χαρισματικοί επιστήμονες που συνέβαλαν στην εξέλιξη της γνώσης της ιατρικής αυτής μεθόδου όπως ο Γκάλεν (130-201 μ.Χ). Έκανε αναφορές που αφορούσαν την ύπαρξη φυσικής θεραπευτικής «δύναμης» του σώματος και άλλες που αφορούσαν τον θεραπευτή, όπως, «ο θεραπευτής οφείλει, σαν πρώτο του μέλημα, να υποστηρίξει τις φυσικές προσπάθειες του σώματος να αναρρώσει». Ο Παράκελσος(1494-1541 μ.Χ.) αρκετά αργότερα, δίδασκε ότι τα συμπτώματα είναι ωφέλιμα και ότι αυτά είναι ένδειξη πως η «ζωτική ενέργεια» του οργανισμού παλεύει να ξεπεράσει την ασθένεια. Ο ίδιος πίστευε ότι η «ζωτική δύναμη ή η ενέργεια» είχε την πηγή της στο αόρατο σώμα που ήταν υπεύθυνο για την διατήρηση της ενέργειας στο ορατό ή φυσικό σώμα (Ρηγάτος, 2005).

Τέλος, ο πολύ μεταγενέστερος σύγχρονος ομοιοπαθητικός, Γεώργιος Βυθούλκας, περιγράφει την «ζωτική δύναμη» του ανθρώπου σαν «ουσία της ζωής», μια δύναμη ικανή να καθοδηγήσει όλους τους τομείς της ζωής, συμπεριλαμβανομένης και της ικανότητας προσαρμογής του στην επίδραση του περιβάλλοντος, όπως επίσης δύναμη ικανή να καθοδηγήσει την προσωπική του συναισθηματική ζωή, την σκέψη του, την δημιουργικότητα του και την ελευθερία του. Τα συμπτώματα μιας ασθένειας εκλαμβάνονται ως εξωτερίκευση των

δυσλειτουργιών του σώματος και ως προσπάθεια του οργανισμού να προβεί στην αυτοίαση και ως τέτοια θεωρούνται ωφέλιμα. (Hayfield, 1998).

Η ομοιοπαθητική, ως σύστημα υγείας, βασίζεται στην υπόθεση πως η θεραπεία μιας ασθένειας μπορεί να επιτευχθεί με χρήση φαρμακευτικών ουσιών που είναι ικανές να προκαλέσουν τα συμπτώματα της ασθένειας, όταν χορηγηθούν σε έναν υγιή οργανισμό. Η αρχή αυτή ονομάζεται «νόμος των ομοίων» ή «κανόνας των ομοίων» και κατά τους ομοιοπαθητικούς γιατρούς επαληθεύεται εμπειρικά. Η σύνδεση ενός φαρμάκου με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, επιτυγχάνεται μέσα από μία διαδικασία «απόδειξης» του (ή «επαλήθευσης»), που συνίσταται στη χορήγησή του σε υγιείς οργανισμούς, καταγράφοντας εμπειρικά όλα τα συμπτώματά που επιφέρει. (Τσασμαλίδης, 2003).

Ενδεικτικά, σύμφωνα με τον κανόνα των ομοίων, εφόσον ο καφές έχει επαληθευτεί πως προκαλεί συμπτώματα αϋπνίας, μπορεί υπό προϋποθέσεις να χορηγηθεί για τη θεραπεία προβλημάτων αϋπνίας. Μία απόδειξη θεωρείται πλήρης όταν οι ουσίες έχουν το εν λόγω αποτέλεσμα χορηγούμενες σε ολόκληρο το φάσμα των δόσεων (τόσο τοξικές όσο και απειροελάχιστες), ενώ κρίνεται αναγκαία η καταγραφή όλων των παρατηρούμενων συμπτωμάτων, σε πνευματικό, ψυχικό και φυσικό επίπεδο, συνεπώς για την ομοιοπαθητική η κλασική τοξικολογία δεν είναι πλήρης. Εφαρμόζεται η ομοιοπαθητική αποκλειστικά σε υγιείς οργανισμούς, προκειμένου να μην συνδυαστούν συμπτώματα μίας ασθένειας με την επενέργεια του φαρμάκου. Με αυτό τον τρόπο, πιστεύεται ότι εξασφαλίζεται η γνώση της δράσης κάθε ουσίας στη συνολική υγεία του (Marks, 1997).

Δεύτερη βασική και αμφιλεγόμενη αρχή της ομοιοπαθητικής είναι η υπόθεση πως μία ουσία μπορεί να έχει ισχυρά θεραπευτικά αποτελέσματα όταν αραιωθεί σταδιακά σε απειροελάχιστες δόσεις και εφόσον μεταξύ κάθε αραιώσης το διάλυμα αναταράσσεται βίαια, διαδικασία που στην ομοιοπαθητική ορολογία απαντάται ως «δυναμοποίηση» (*potentization* ή *dynamization*) (Marks, 1997). Ο Samuel Hahnemann επιχείρησε να την εξηγήσει, συγκρίνοντάς τη με την παραγωγή θερμότητας ή τη μαγνήτιση υλικών μέσω της τριβής, διαδικασίες που δεν ήταν τότε πλήρως κατανοητές. Οι υποστηρικτές της ομοιοπαθητικής πρεσβεύουν πως όσο μεγαλύτερη είναι η δυναμοποίηση, δηλαδή η αραιώση συνοδευόμενη από τη βίαιη ανατάραξη του διαλύματος, τόσο αυξάνει η θεραπευτική δύναμη της διαλυμένης ουσίας. Η επιλογή του ποσοστού αραιώσης δεν ακολουθεί κάποιον αυστηρό κανόνα και η εμπειρία ή η παρατήρηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο (Hayfield, 1998).

Σύμφωνα με ένα τρίτο αξίωμα της ομοιοπαθητικής, οι θεραπείες είναι αποτελεσματικότερες όταν επιλέγονται με βάση τα συνολικά χαρακτηριστικά συμπτώματα και όχι αποκλειστικά εκείνα της ασθένειας. Αυτή η ολιστική και συγχρόνως εξατομικευμένη αντιμετώπιση συνεπάγεται πως ακόμα και αν σε δύο ασθενείς γίνεται η ίδια διάγνωση, ενδέχεται να χορηγηθεί διαφορετικό ομοιοπαθητικό φάρμακο που θα ανταποκρίνεται στα ιδιαίτερα διανοητικά, ψυχικά και σωματικά συμπτώματα του κάθε οργανισμού. Ουσιώδες σημείο της ομοιοπαθητικής είναι η πεποίθηση πως η θεραπευτική αγωγή οφείλει να αποσκοπεί στην ίαση του ατόμου μάλλον παρά της νόσου, δηλαδή δεν αναγνωρίζονται ασθένειες αλλά ασθενείς οργανισμοί. (Hayfield, 1998)

3.8) ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ομοιοπαθητική υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα είναι μέρος του αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού και η ενίσχυσή τους βοηθάει στην αντιμετώπιση της νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται με την χορήγηση του όμοιου φαρμάκου (Βυθούλκας, 2000). Έτσι για να μπορέσει ο ομοιοπαθητικός ιατρός να εντοπίσει το σωστό φάρμακο που χρειάζεται ο ασθενής, πρέπει να καταγράψει με λεπτομέρειες το σύνολο των συμπτωμάτων του ασθενούς. Δεν εστιάζει μόνο στο να τεθεί η διάγνωση της νόσου, αλλά εστιάζει και στην πλήρη καταγραφή της μοναδικότητας της ιδιοσυγκρασίας του ασθενούς. Η διερεύνηση του συμπτώματος γίνεται πολύ προσεκτικά και καταγράφεται όπως το εκφράζει ο ασθενής. Έτσι για τον ομοιοπαθητικό δεν αρκεί απλά η καταγραφή του πόνου και οι συνθήκες έναρξης του, αλλά πρέπει να περιγραφεί το είδος του πόνου, η στάση του σώματος που ανακουφίζει τον ασθενή και τις συνθήκες που καλυτερεύουν ή χειροτερεύουν τον πόνο (Hartog, 2009). Στον πίνακα 1.3 που ακολουθεί παρατίθενται οι τεχνικές που ενσωματώνει η ομοιοπαθητική κατά τη λήψη του ιστορικού.

Πίνακας 1.3: Οι τεχνικές του ομοιοπαθητικού ιστορικού (μεταφρασμένο από Hartog, 2009).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η διάρκεια του ιστορικού	Μεταξύ μίας και περισσότερων ωρών
Η ενσυναίσθηση του γιατρού	Παρούσα κατά την διάρκεια ολόκληρου του ιστορικού Απαραίτητο εργαλείο κατά τη συλλογή πληροφοριών για τη λήψη αποφάσεων. Γνησιότητα ενώπιων των ασθενών. Επιτρέπει στους ασθενείς να εκφράσουν συναισθηματικά, κοινωνικά και άλλα δεδομένα της καθημερινότητας τους
Ενθάρρυνση και αισιοδοξία	Έμφαση στις δυνάμεις φυτοθεραπείας και στις ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης
Αφηγηματικές ικανότητες	Ο ασθενείς είναι ο ειδικός Ο ασθενής προτρέπεται να χρησιμοποιήσει δικές του λέξεις και να παρουσιάζει την προσωπική του ατζέντα. Αμφίδρομη διαδικασία κατανόησης και εύρεσης λύσης
Συνεργασία	Επικοινωνία ελεγχόμενη από τον ασθενή Η έκφραση του ασθενούς ενθαρρύνεται . Σεβασμός στην ατομικότητα του ασθενούς.

3.9) ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα Ομοιοπαθητικά φάρμακα είναι ουσίες που προέρχονται από την φύση (φυσικής, ζωικής ή ορυκτής προέλευσης), και παρασκευάζονται με φυσικό τρόπο. Ενεργούν πάνω σε ολόκληρο τον οργανισμό, ενισχύοντας τον αμυντικό του μηχανισμό με αποτέλεσμα την θεραπεία και ανανέωση του οργανισμού και κατά συνέπεια την εξαφάνιση των επί μέρους συμπτωμάτων (Βάθης, 2012).

Η επιλογή φαρμάκου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες όπως είναι η γενική στάση ζωής του ατόμου, οι προτιμήσεις του όσον αφορά τη διατροφή και το περιβάλλον και τα πρότυπα ύπνου του. Ο σύγχρονος ομοιοπαθητικός αντλεί τα στοιχεία που χρειάζεται από μια εξαιρετικά πλούσια βάση δεδομένων που συνδέει τα φάρμακα με συγκεκριμένες ομάδες συμπτωμάτων και/ή με συγκεκριμένα ιδιοσυγκρασιακά προφίλ. Ως σκευάσματα, τα ομοιοπαθητικά φάρμακα θεωρούνται εν γένει ασφαλή στη χρήση τους, λόγω της εξαιρετικά υψηλής αραίωσής τους.

Συστηματική επισκόπηση πιθανών παρενεργειών τους κατέληξε στο συμπέρασμα πως η χορήγησή τους από εξειδικευμένους γιατρούς είναι «πιθανότατα ασφαλής και μάλλον απίθανο να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες. Η μόνη ανεπιθύμητη ενέργεια των ομοιοπαθητικών φαρμάκων μπορεί να είναι μια παροδική - αλλά μερικές φορές δραματική - επιδείνωση των συμπτωμάτων. Αυτή η χειροτέρευση των συμπτωμάτων (οι ομοιοπαθητικοί χρησιμοποιούν τον όρο *aggravation*) μπορεί να είναι εξίσου σοβαρή με ένα σοβαρό επεισόδιο άσθματος ή παγκρεατίτιδας. Οι ομοιοπαθητικοί γενικά θεωρούν ότι οι χειροτερεύσεις αποτελούν ευνοϊκά σημάδια, αφού δείχνουν ότι το χορηγούμενο φάρμακο ταιριάζει καλά με τη συγκεκριμένη ασθένεια (Βάθης, 2012).

Ωστόσο, επικριτές της ομοιοπαθητικής, εγείρουν ευρύτερες ενστάσεις ως προς την ασφάλειά της, θεωρώντας πως είναι αναποτελεσματική έναντι των μεθόδων της σύγχρονης κλασικής ιατρικής με αποτέλεσμα να αναβάλλει τη δραστική θεραπεία μίας ασθένειας με κλασικές ιατρικές μεθόδους, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του ισχυρισμού ορισμένων ομοιοπαθητικών γιατρών πως η ομοιοπαθητική έχει αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της ελονοσίας, γεγονός που είχε επιπτώσεις στην υγεία ασθενών (Βάθης, 2012). Αρνητικά έχει σχολιαστεί επίσης η στάση των ομοιοπαθητικών γιατρών κατά της κλασικής ανοσοποίησης και υπέρ της χρήσης των αποκαλούμενων «ομοιοπαθητικών εμβολίων» των οποίων όμως η αποτελεσματικότητα δεν έχει αποδειχτεί (Φιλιάνος, 2007).

Παρ' όλα αυτά, η ομοιοπαθητική θα έχει πάντα τους υποστηρικτές της, παρά την έλλειψη αποδείξεων ότι τα φάρμακά της είναι αποτελεσματικά. Ένας λόγος είναι η επικράτηση μιας παρανόησης των αιτιών της ασθένειας και του τρόπου με τον οποίο ο ανθρώπινος οργανισμός αντιμετωπίζει την ασθένεια. (Πασχάλης, 2009 Καλούδης, 2012).

Ο Hahnemann μπόρεσε να προσελκύσει οπαδούς διότι εμφανίστηκε ως θεραπευτής συγκριτικά με όσους χρησιμοποίησαν δηλητηριώδη καθαρτικά για εξισορρόπηση των "χυμών". Οι περισσότεροι ασθενείς του μπορεί να επιβίωσαν και να ανάρρωσαν όχι επειδή τους θεράπευσε, αλλά επειδή δεν τους εξασθένησε με ισχυρά δηλητήρια. Τα φάρμακα του Hahnemann δεν ήταν ουσιαστικά τίποτα παραπάνω από κοινά υγρά και ήταν απίθανο να προκαλέσουν κακό από μόνα τους. Δεν χρειαζόταν να έχει πολλούς ασθενείς που επιβίωσαν και καλυτέρεψαν για να φανεί εντυπωσιακός συγκριτικά με τους ανταγωνιστές του. Εάν υπάρχει οποιοδήποτε θετικό αποτέλεσμα στην κατάσταση της υγείας, δεν οφείλεται στο ομοιοπαθητικό

φάρμακο που είναι αδρανές, αλλά στους φυσικούς θεραπευτικούς μηχανισμούς του ίδιου του οργανισμού ή στην πίστη του ασθενούς (φαινόμενο placebo) ή στην επίδραση που έχουν οι τρόποι του ομοιοπαθητικού στον ασθενή (Φιλιάνος, 2007).

Τι πρέπει να προσέχει ο ασθενής κατά την ομοιοπαθητική θεραπεία (Φιλιάνος, 2007):

- Εκτός άλλης οδηγίας του γιατρού, η λήψη του ομοιοπαθητικού φαρμάκου να γίνεται το πρωί 10 λεπτά πριν από το φαγητό.
- Να αποφεύγεται η φύλαξη του ομοιοπαθητικού φαρμάκου σε σημεία εκτεθειμένα στον ήλιο, την υγρασία, στο ψυγείο ή σε έντονες οσμές.
- Κατά τη διάρκεια της λήψης ομοιοπαθητικών φαρμάκων αλλά και για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη θεραπεία να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση κατά το δυνατόν.
- Ισχυρών φαρμάκων (αντιβιοτικά, κορτιζόνη, ορμόνες, μείζονα ηρεμιστικά κ.α.)
- Καμφοράς (ναφθαλίνης, καμφορούχων αλοιφών και πολύ δυνατών οσμών).
- Μέντας (τσίχλες, караμέλες με μέντα, οδοντόκρεμες επιτρέπονται οι οδοντόκρεμες που δεν έχουν μέντα, όπως οι παιδικές, όσες έχουν γλυκάνισο ή δυόσμο).
- Καφέ (επιτρέπονται και διατίθενται στα φαρμακεία υποκατάστατα του ελληνικού και του στιγμιαίου καφέ από κριθάρι, ρεβίθι, κιχώρι, σύκα κ.α.). Ο καφές όπως και οι υπόλοιπες ουσίες που αναφέρονται εδώ, αντιδρούν στην ομοιοπαθητική θεραπεία, δηλαδή αδρανοποιούν την θεραπευτική επίδραση των ομοιοπαθητικών φαρμάκων. Η αποφυγή του καφέ είναι συνεχής κατά τη διάρκεια της ομοιοπαθητικής θεραπείας, και συνιστούμε στους ασθενείς να τον αποφεύγουν για περίπου τρία χρόνια μετά τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Η ομοιοπαθητική θεραπεία δεν επηρεάζεται από τον καφέ χωρίς καφεΐνη και το ταάι(εφόσον γίνεται μικρή κατανάλωση) ή τη σοκολάτα.
- Coca-cola (περιορισμένο σε ένα κουτάκι την ημέρα).
- Γαρύφαλο ή ευγενόλη που χρησιμοποιούν οι οδοντίατροι (καλά θα είναι πριν την έναρξη της ομοιοπαθητικής θεραπείας να τακτοποιούνται οι οδοντιατρικές εκκρεμότητες). Οι πιο πάνω περιορισμοί αφορούν την λεπτοφυή κι ευαίσθητη σύσταση του ομοιοπαθητικού φαρμάκου και όχι σε κάποια επικινδυνότητα στη περίπτωση ταυτόχρονης λήψης τους.

Πολλοί γιατροί χλευάζουν την ομοιοπαθητική θεωρώντας την αναποτελεσματική, ωστόσο, μελέτες, που έχουν χρηματοδοτηθεί από την αμερικανική κυβέρνηση, δείχνουν, ότι η Ομοιοπαθητική ίσως αποτελεί μια από τις καλύτερες άμυνές μας ενάντια στον καρκίνο. Κάποιες ομοιοπαθητικές θεραπείες είναι εξ ίσου αποτελεσματικές όσο και οι ισχυρές χημειοθεραπείες σύμφωνα με κλινικές δοκιμές, και χιλιάδες περιπτώσεις καρκίνου αναστράφηκαν μόνο με Ομοιοπαθητική (Τσασμαλίδης, 2003).

Η Ομοιοπαθητική αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή ως σύνολο και εξατομικευμένα, προσφέρει θεραπεία για το σύνολο των προβλημάτων ή παθήσεών του χωρίς να αρκείται στη μεμονωμένη αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων μέσω πολλών φαρμάκων. Η Ομοιοπαθητική μπορεί να χρησιμοποιηθεί ασφαλώς και στις πλέον ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (βρέφη, υπερήλικες και εγκύους) χωρίς κανένα απολύτως πρόβλημα (Μαλικίδης, 2011).

Όπως και στην κλασική ιατρική και γενικά σε όλες τις θεραπευτικές μεθόδους, σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να εγγυηθεί κανείς ότι η ομοιοπαθητική θεραπεύει το 100% των ασθενών που προσφεύγουν στον ομοιοπαθητικό ιατρό. Η δυνατότητα θεραπείας κάθε ανθρώπου ποικίλλει ανάλογα με την πάθηση, τα φάρμακα που αυτός λαμβάνει, τη γενικότερη κατάσταση του οργανισμού του, καθώς και την ικανότητα του θεραπευτή. Στατιστικά ένα ποσοστό 80-85% των ασθενών που προσφεύγουν στην Ομοιοπαθητική έχουν καλό έως άριστο αποτέλεσμα (Καλούδης, 2012).

Το τελικό όφελος της ομοιοπαθητικής στον ασθενή είναι, ότι όχι μόνο ανακουφίζει τα παρόντα συμπτώματα, αλλά αποκαθιστά εσωτερική τάξη στα πιο βαθιά επίπεδα, και συνεπώς επιφέρει μια μόνιμη θεραπεία. Η ομοιοπαθητική μπορεί να δράσει, επίσης, ως προληπτική ιατρική, σε πρώιμο στάδιο ασθενειών, πριν αυτές εκδηλωθούν με λειτουργικές διαταραχές (Μαλικίδης, 2011).

3.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι περισσότεροι νοσηλευτές ακολουθούν το νοσηλευτικό επάγγελμα επειδή επιθυμούν να φροντίζουν τους ασθενείς. Κατά την άσκηση όμως του έργου τους αναγνωρίζουν ότι οι περισσότεροι άρρωστοι που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία θα μπορούσαν να μη βρίσκονται εκεί, εάν είχαν ακολουθήσει υγιεινές κατευθύνσεις. Η

πρόληψη στον τομέα της υγείας μπορεί να διαιρεθεί σε τρία επίπεδα: πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής (Τριχοπούλου και συν., 2000) :

Πρωτογενής πρόληψη: Η πρωτογενής πρόληψη συμπεριλαμβάνει διαδικασίες που αφορούν στον πληθυσμό στην κοινότητα, εμβολιασμούς, εξασφάλιση υγιούς περιβάλλοντος (υγιεινό νερό, υγιεινή τροφή, πρόληψη ατυχημάτων κ.λπ.). Η πρωτογενής πρόληψη δεν περιορίζεται στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά έχει ευρύτερες εφαρμογές μέσα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας. Ασκείται στα κέντρα υγείας, σε εξωτερικά ιατρεία, σε κατ' οίκον επισκέψεις και σε κάθε κοινοτική υπηρεσία υγείας. Ο κύριος στόχος είναι η πρόληψη των ασθενειών, η διατήρηση της ευεξίας και η αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων υγείας.

Δευτερογενής πρόληψη: Η δευτερογενής πρόληψη συμπεριλαμβάνει την έγκαιρη διάγνωση των νόσων ή επιπλοκών και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, ενώ συγχρόνως ερευνά νόσους και αναπηρίες σε άτομα που φαινομενικά είναι υγιή. Πολλά μέσα είναι σήμερα διαθέσιμα για τις προληπτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κοινότητα. Για παράδειγμα, με τη συστηματική επίσκεψη του νοσηλευτή στην οικογένεια είναι δυνατόν να γίνει έγκαιρη διάγνωση του βρέφους με στραβισμό και η παρέμβαση να είναι αποτελεσματική. Το πρόβλημα της ακοής μπορεί να μείνει απαρατήρητο στη βρεφική ηλικία και να γίνει αντιληπτό μόνον όταν το παιδί αρχίζει να ομιλεί.

Τριτογενής πρόληψη: Η τριτογενής πρόληψη είναι διαδικασία που παρεμβαίνει στον περιορισμό εμφάνισης αναπηριών ή χρόνιων νόσων και αποσκοπεί στον έλεγχο της νόσου μερικώς ή γενικώς και στην αποκατάσταση των αρρώστων.

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι σημαντικός σε όλες τις κατηγορίες της πρόληψης. Επειδή όμως οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται στο νοσοκομείο, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης εντάσσονται στην τριτογενή πρόληψη έμμεσα και άμεσα. Οι νοσηλευτές έχουν την ευκαιρία να διδάξουν τα άτομα πως μπορούν να αποκτήσουν στη ζωή τους και στην εργασία τους υγιεινές συνθήκες για να προλαμβάνουν τη νόσηση και την αναπηρία (Τριχοπούλου και συν., 2000). Η Προληπτική Νοσηλευτική εμπεριέχει κάθε νοσηλευτικό προγραμματισμό και κάθε νοσηλευτική πράξη σε οποιοδήποτε τομέα και να εφαρμόζεται. Οι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά με έργο και διδασκαλία στην πρόληψη της αρρώστιας εκτός και εντός του νοσοκομείου και να παρουσιάζουν τον

εαυτό τους ως πρότυπο υγιεινής διαβίωσης. Με αυτόν τον τρόπο αναδεικνύονται φύλακες και φρουροί της υγείας των ανθρώπων (Riboli, 1992).

Ο νοσηλευτής σχεδιάζει, προτείνει και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις εκείνες που σύμφωνα με τη γνώμη του θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει την εμπειρία του δικού του πόνου καθώς και τις συνέπειες που προκαλεί σε αυτόν και το περιβάλλον του. Κινείται, καταγράφει και αξιολογεί πληροφορίες σε πολλά επίπεδα της ίδιας εμπειρίας, συμπληρώνοντας και ένα σύνολο πληροφοριών που καλύπτουν πολλαπλές διαστάσεις του φαινομένου του πόνου (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

Η κλινική εξέταση, η επικοινωνία με τον ασθενή και το περιβάλλον του, η μελέτη του ιστορικού υγείας και των διαγνωστικών ευρημάτων αποτελούν χρήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση του πόνου. Η αξιολόγηση του πόνου βασίζεται επίσης, στις υποκειμενικές πληροφορίες του αρρώστου και στις αντικειμενικές που ο νοσηλευτής θα παρατηρήσει. Η σύνθεση των πληροφοριών αυτών είναι αναγκαία για την ακριβή νοσηλευτική διάγνωση (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

Η διάγνωση της φύσεως του πόνου βοηθά στην επιλογή των πιο κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την ανακούφισή του και την ελαχιστοποίηση των δυσμενών επιδράσεων (Κατσιμίγκας και συν., 2007). Μέσω της νοσηλευτικής διάγνωσης παρέχεται η δυνατότητα στο νοσηλευτή να επισημάνει όλους τους παράγοντες που συντελούν στην εμπειρία του πόνου, να περιγράψει ένα ειδικό πρόβλημα και να οδηγηθεί προς τις πιο κατάλληλες παρεμβάσεις. Τα κυριότερα σημεία της νοσηλευτικής διάγνωσης του πόνου είναι τα εξής:

- Καθορισμός αντίδρασης του ασθενή στον πόνο. Η ευαισθησία και οι αντιδράσεις στον πόνο είναι υποκειμενικές και επηρεάζονται από τις προηγούμενες εμπειρίες, την ηλικία, το φύλο και τους ψυχικούς παράγοντες. Η γνώση των συνήθων αντιδράσεων του ασθενούς βοηθά τον νοσηλευτή στην εκτίμηση της έντασης του πόνου και τον καλύτερο έλεγχό του (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

- Αξιολόγηση των σημείων πόνου όπως π.χ. προφορικές εκδηλώσεις σύσπασης οφρύων, ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και ταχυκαρδία. Η πρώιμη αναγνώριση των σημείων του πόνου επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση και την ύφεσή του (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

- Αξιολόγηση των παραγόντων που φαίνονται ότι επιτείνουν ή μειώνουν τον πόνο, η γνώση των οποίων βοηθά στην αποτελεσματική και εξατομικευμένη αντιμετώπιση του πόνου. Εφαρμογή μέτρων κατά του φόβου και του άγχους όπως η διαβεβαίωση του ασθενή, ότι η ανάγκη για ανακούφιση από τον πόνο έγινε κατανοητή και θα αντιμετωπιστεί, η εκπαίδευση επίσης του ασθενούς πριν από την εγχείρηση ή την επέμβαση. Σε πολλές μελέτες το άγχος θεωρήθηκε ως σημαντικός παράγοντας στην απάντηση του πόνου (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

- Εφαρμογή μη φαρμακολογικών μέτρων ύφεσης του πόνου π.χ. τεχνικές διέγερσης του δέρματος (πίεση, μαλάξεις, θερμά ή ψυχρά επιθέματα, διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρων [T.E.N.S], δονήσεις) και άλλων εναλλακτικών θεραπειών όπως η ομοιοπαθητική (Ροβίθης, 2002).

Οι εναλλακτικές θεραπείες και συγκεκριμένα η ομοιοπαθητική αποτελεί μία σύγχρονη συνεργατική προσέγγιση της θεραπευτικής η οποία κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος με αποτέλεσμα να γίνεται απαραίτητη η απόκτηση εξειδικευμένης γνώσεις από τους νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας, δεδομένου του ότι η απόκτηση γνώσεων έχει ως στόχο την αποτελεσματικότερη μέθοδο θεραπείας προς τον ασθενή. Σε διεθνή έρευνα οι φοιτητές σχολών επαγγελματιών υγείας και οι επαγγελματίες υγείας αντίστοιχα ανέφεραν ότι, η ομοιοπαθητική η οποία ανήκει στην εναλλακτική ιατρική, πρέπει να διδάσκεται ως ξεχωριστό μάθημα στο πρόγραμμα σπουδών με στόχο την επιστημονική τεκμηρίωση και την υιοθέτηση ασφαλών τεχνικών από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας (Ροβίθης, 2002).

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου δεν υπάρχει ένα ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για το δικαίωμα χρήσης της Ομοιοπαθητικής από τους νοσηλευτές. Οι γιατροί μόνο έχουν το δικαίωμα αυτό. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι νοσηλευτές ως ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας αντιμετώπισης του πόνου, επιζητούν και επιδιώκουν τη θέσπιση ειδικού νομικού πλαισίου, το οποίο θα τους δίνει το δικαίωμα χρήσης των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας και ένταξη ειδικών μαθημάτων στα προγράμματα σπουδών όλων των σχολών νοσηλευτικής. Αυτό έχει ως στόχο την απόκτηση εξειδικευμένης γνώσεις για την αποτελεσματικότερη μέθοδο θεραπείας προς τον ασθενή (Ροβίθης, 2002).

Σήμερα υπάρχουν τουλάχιστον έξι Ιατρικές Σχολές στην Ευρώπη που προωθούν προγράμματα εκπαίδευσης στην ομοιοπαθητική. Βέβαια για κράτη όπως

της Νότιας Αμερικής, της Ινδίας ή του Πακιστάν, οι σχολές ομοιοπαθητικής έχουν διπλασιασθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια και ξεπερνούν τις διακόσιες. Ο λόγος είναι ότι αφενός τα φάρμακα είναι φτηνά, αφετέρου δεν υπάρχει ισχυρή φαρμακοβιομηχανία που να αντιστέκεται σε αυτές τις χώρες. Σε πολιτικό επίπεδο η Ιταλία φαίνεται να πρωτοπορεί θέλοντας να είναι η πρώτη που θα θεσμοθετήσει την εισαγωγή της ομοιοπαθητικής μόνο στις Ιατρικές Σχολές (Βυθούλκας, 2000).

Οι νοσηλευτές λόγω του αντικειμένου εργασίας τους, έρχονται σε συχνή επαφή με τον ασθενή και μέσα από αυτή την επαφή καλούνται να ανακαλύψουν και εφαρμόσουν επιστημονικά αποδεκτά μεθόδους, συνεργατικά με την εξατομικευμένη συμβατική φροντίδα που παρέχουν. Σύμφωνα με έρευνες από τη Μεγάλη Βρετανία πάνω από το 50% των συμμετεχόντων νοσηλευτών δήλωσε ότι είχε εφαρμόσει εναλλακτικές θεραπείες στους ασθενείς τους (Fenton & Morris, 2003). Μία άλλη έρευνα δείχνει, ότι οι επαγγελματίες υγείας προτείνουν ή κάνουν χρήση των εναλλακτικών θεραπειών όταν έχουν θετική εμπειρία οι ίδιοι ή και περισσότερες εξειδικευμένες γνώσεις (Henderson, 2000).

Ο νοσηλευτής οφείλει να κινητοποιήσει τις κατάλληλες θεραπευτικές και διαγνωστικές διαδικασίες, ακόμη και όταν η κατάσταση είναι ασαφής και δεν μπορεί να αιτιολογηθεί ο πόνος. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται ο χρόνος που χρειάζεται το σύστημα να κινηθεί πριν η κατάσταση του ασθενή γίνει σοβαρή. Το φαινόμενο αυτό έχει χαρακτηριστεί ως «γκρίζα ζώνη», όταν δηλαδή οι αλλαγές στην κλινική εικόνα του ατόμου είναι ανεπαίσθητες, παρά ταύτα δυνητικά σημαντικές για την ασφάλειά του (Παπαθανάσογλου, 2002).

Η σταδιακή κατανόηση ότι ο πόνος δεν είναι μια απλή αίσθηση αλλά μια πολυδιάστατη σφαιρική εμπειρία, ανοίγει νέους δρόμους στην μελέτη και στην καλύτερη αντιμετώπιση του για κάθε επιστήμονα υγείας. Βοηθά να ξεπεραστούν μύθοι και προκαταλήψεις που εξακολουθούν να παρεμποδίζουν την ικανοποιητική αντιμετώπιση των αλγούντων ασθενών. Ο νοσηλευτής μέσα στη διεπιστημονική ομάδα αποτελεί μια μοναδική αυτοδύναμη επαγγελματική οντότητα. Με μοναδικότητα στην αντίληψη, στην παρουσία, μοναδικότητα στην επικοινωνία με τον ασθενή καθώς και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, μοναδικότητα στην ικανότητά του να συντονίζει, να συνηγορεί υπέρ του ασθενούς, να προτείνει να αναθεωρεί, να προγραμματίζει μέσα από μια διεργασία ιδιαίτερης επαγγελματικής

αντιληπτικότητας, με στόχο να καλύψει τις ανάγκες του ασθενούς και να αντιμετωπίσει τον πόνο του και τις επιπτώσεις που πηγάζουν από αυτόν τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο όσο και για το ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1.ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα είναι δευτερογενής, πραγματοποιώντας ερμηνευτική ανάλυση. Η δευτερογενής έρευνα αποτελεί μέθοδο διερεύνησης ερευνητικών ερωτημάτων και χρησιμοποιείται περισσότερο από έναν αιώνα. Η Hakim (1982) ορίζει τη δευτερογενή ανάλυση ως «την περαιτέρω ανάλυση μιας υπάρχουσας ομάδας δεδομένων, η οποία απολήγει σε επιπρόσθετες ή διαφορετικές ερμηνείες, συμπεράσματα ή γνώσεις από εκείνες που παρουσιάστηκαν στην αρχική έκθεση».

Το βασικότερο πρακτικό πλεονέκτημα της δευτερογενούς ανάλυσης βασίζεται στις δυνατότητες ανάλυσης υψηλής ποιότητας δεδομένων με το ελάχιστο οικονομικό κόστος και χρόνο που απαιτείται για την οργάνωση και διεξαγωγή μιας έρευνας. Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται στη δευτερογενή ανάλυση αποτελούν συχνά το αποτέλεσμα μεγάλης κλίμακας ερευνών που έχουν πρωτογενώς συλλεχθεί από υπηρεσίες και οργανισμούς με σημαντική εμπειρία στις έρευνες.

Σκοπός αυτής της δευτερογενούς έρευνας είναι να εξετασθεί η θέση του νοσηλευτή στη εναλλακτική μέθοδο αντιμετώπισης του πόνου, την ομοιοπαθητική και κατά πόσο αυτή είναι έγκυρη και αποτελεσματική

4.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 10 επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα κατά την τελευταία πενταετία, τα οποία συλλέχθηκαν κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της διεθνούς βιβλιογραφίας σε έγκυρες μηχανές αναζήτησης του διαδικτύου.

1. Habil Hegyi, G., Csütörtöki, K, Pfeifenróth, A., & Sarsina, PR., (2014), «*Attitudes of Hungarian Healthcare Professionals (Mds, Nurses) According to Cam Homeopathy: A Cross-Sectional, Qualitative Accumulated Survey's Data*».
2. Arzu A., Gulzade U. & Şenay T., (2015). «*Knowledge and Opinions of Nursing Students Regarding Complementary and Alternative Medicine for Cancer Patients*».
3. Mantoudi & Eftihidou, (2012), «*Pain in the elderly and awareness of complementary therapies*».
4. Andrikopoulos A., et al, (2015). «*Professionals regarding alternative treatments*».
5. Roupa, Z., et al, (2014). «*Cypriot nurses' knowledge and attitudes towards alternative medicine*».
6. Balouchi, A., et al, (2016). «*Knowledge, attitude and use of complementary and integrative health strategies: a preliminary survey of Iranian nurses*».
7. Leach, JM., (2013). «*Profile of the complementary and alternative medicine workforce across Australia, New Zealand, Canada, United States and United Kingdom*»
8. Midilli, T, S., Baisal, E., Akarsu, G. & Korkmaz, E. (2016). «*Complementary and Alternative Medical Methods: Attitudes, Knowledge and Use by Health Personnel*».
9. Hassan A., (2014). «*Knowledge, Attitudes and Practices of Oncology Nurses towards Complementary and Alternative Medicine for Cancer Care in Qatar*».
10. Sevgisun Kapucu & Bilge Bal Ozkaptan, (2014). «*Views of Turkish Nurses and Physicians about Complementary and Alternative Therapies*».

4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν έγκυρες μηχανές αναζήτησης του διαδικτύου..

- <http://scholar.google.gr/>
- www.google.com

Οι λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν είναι ομοιοπαθητική, πόνος, εναλλακτική ιατρική, ρόλος νοσηλεύτη. Τα φίλτρα περιορισμού που χρησιμοποιήθηκαν για την

κατάληξη στα παρακάτω άρθρα επικεντρώνονται στην ομοιοπαθητική ως εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου, στον πόνο στην Τρίτη ηλικία στην χρήση και εφαρμογή των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας από τους επαγγελματίες υγείας και στους νοσηλευτές και τη στάση τους απέναντι σε αυτές. Επιλέχθηκαν άρθρα των τελευταίων πέντε ετών, που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα, των οποίων το περιεχόμενό τους απαντούσε στα ερευνητικά ερωτήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

1. **Habil Hegyi, G., Csütörtöki, K., Pfeifenröth, A., & Sarsina, PR., 2014.**
Attitudes of Hungarian Healthcare Professionals (Mds, Nurses) According To Cam Homeopathy: A Cross-Sectional, Qualitative Accumulated Survey's Data.
Altern Integ Med, 3:3.

Abstract

Aim of the study: In Eastern-Central Europe, homeopathy has a long history starting from Sixth century which has however been interrupted and later renewed in 1997. A large number of physicians and pharmacists have been trained in homeopathy since. This survey is aimed to measure attitudes to homeopathy in Hungarian GPs and nurses for pediatric and adult population. **Materials and methods:** An identical original self-administered questionnaire was submitted in 2012 to 550 general physician's nurses. 536 (98.9%) women and 6 (1.1%) men replied. **Results:** Approximately one third of GPs is using homeopathy. The usage of homeopathy is quite similar to other European countries in spite of the controversial and refusal habit of academic medicine. Effects of gender, age and location are weak and inconsistent. **Discussion/Conclusions:** Homeopathy has firmly been integrated into the Hungarian health care system and has sustained despite the worse economic conditions of the

population and no public support from the official health insurance system (only private health insurance companies accepted it). Accumulated survey data were concluded with future achievements of harmonization in this CAM field. The life-style advice given by nurses can influence homeopathic usage among patients; further education is necessary for the ethical application of homeopathy and remedies after CEU-courses at University. We emphasize the ethical application of any CAM method, such as homeopathy for patients. CAM courses should be involved into curricula of nurses and MDs according to interest either in basic or in further education

Η Habi Hegyi G. και οι συνεργάτες της πραγματοποίησαν μια έρευνα με τίτλο «*Attitudes of Hungarian Healthcare Professionals (Nurses), According to CAM Homeopathy. A Cross Sectional Qualitative Accumulated Surveys Date*», η οποία ολοκληρώθηκε το 2012, σε δείγμα 550 γενικούς νοσηλευτές στην Ουγγαρία. Η συλλογή των στοιχείων διεξήχθη με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Το 98,9 % του δείγματος ήταν γυναίκες και το 1.1% άντρες. Το μέσο όρο ηλικίας ήταν 49 χρόνων. Οι νεότερες γυναίκες ήταν από την πρωτεύουσα της Ουγγαρίας, Βουδαπέστη, γεννημένες το 1990, οι γεννημένες το 1966 ήταν από το Nograd της Ουγγαρίας και η πλειοψηφία γεννημένες το 1972 στη περιοχή Szabolcs Szatmar-Bereg . Όσο αναφορά κατά πόσο ήταν εξοικειωμένοι οι νοσηλευτές πάνω στην Ομοιοπαθητική, έπαιξε μεγάλο ρόλο η ηλικία. Το 22% του δείγματος γεννημένοι το 1964 δήλωσαν ότι διαθέτουν γνώσεις πάνω στην Ομοιοπαθητική, επίσης το 21% ήταν γεννημένοι το 1970, το 19% το 1975, το 13% το 1990, το 8 % το 1987. Το 99,8% των επαγγελματιών υγείας συμπλήρωσαν στο ερωτηματολόγιο ότι συχνά ενημερώνονται για την Ομοιοπαθητική, ενώ σχεδόν το μισό ποσοστό του δείγματος 48%, (n=266) διαθέτουν γνώσεις πάνω στην Ομοιοπαθητική μέσω των μεταπτυχιακών τους σπουδών. Το 30% (N= 163) μέσω ιατρικής βιβλιογραφίας. Το 51% του δείγματος θεωρεί ότι οι χρόνιες παθήσεις μπορούν να βελτιωθούν μέσω της χρήσης της Ομοιοπαθητικής. Η αντίληψη των νοσηλευτών σχετικά με την ομοιοπαθητική είναι θετική στη Ουγγαρία και ο ρόλος των νοσηλευτών είναι σημαντικός για την άρτια επίτευξη της ως θεραπευτική μέθοδο. Παρά τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες στην Ευρώπη και στην Ουγγαρία (δηλαδή έλλειψη ιατρικής ασφάλειας), οι επαγγελματίες υγείας νοσηλευτές χρησιμοποιούν ακόμα πιο συχνά την ομοιοπαθητική. Επίσης με το πέρασμα των χρόνων δημιουργείται όλο και

περισσότερο η ανάγκη για περισσότερη ακαδημαϊκή εκπαίδευση και εξειδίκευση των νοσηλευτών.

2. Arzu Akman, Y., Gulzade, U. & Şenay T., 2015. Knowledge and Opinions of Nursing Students Regarding Complementary and Alternative Medicine for Cancer Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), p. 656.

Abstract

Background: Cancer patients and their families resort to complementary and alternative medicine practices in order to cope with the effects of the difficult conventional treatments. Student nurses are aware of these practices. Aim: The current study aimed to determine nursing students' knowledge and opinions regarding complementary and alternative medicine practices in cancer patients, and the factors influencing the students' opinions on this issue. Methodology: This descriptive study was carried out with 148 students. Data collection was implemented by means of a literature-based questionnaire developed by the researchers. Results: Students were more knowledgeable about complementary and alternative medicine practices such as acupuncture (39.2%), and religious practices (34.5%). Only 20.9% of them expressed that they often received information via media and internet, but 58.8% of them thought that this information was insufficient. A majority were in favor of the integration of complementary and alternative practices in the nursing curriculum. Many of them considered they could be implemented together with other medical practices within a multidisciplinary approach, and stated that they did not know if any nursing practice included complementary and alternative treatments. Conclusions: Student nurses had insufficient knowledge about complementary and alternative medicine practices, but they wanted to learn about them. In general, students had positive opinions towards the use of complementary and alternative medicine for cancer patients. Therefore, complementary and alternative practices could be included in the nursing curriculum and nursing practices.

Η Arzu Akman και οι συνεργάτες της πραγματοποίησαν μια έρευνα με τίτλο «*Knowledge and Opinions of Nursing Students Regarding Complementary and Alternative Medicine for Cancer Patients*», η οποία ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβριο του 2015. Οι ασθενείς που πάσχουν από Καρκίνο και οι οικογένειες τους καταφεύγουν σε λύσεις όπως είναι οι μέθοδοι εναλλακτικής θεραπείας, έτσι ώστε να

αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις από τις επίπονες θεραπείες της συμβατικής ιατρικής. Οι φοιτητές νοσηλευτικής γνωρίζουν για τις συγκεκριμένες πρακτικές. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να καθορίσει τις γνώσεις και τις απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, σε ασθενείς με Καρκίνο και τους παράγοντες που επιρεάζουν τις αντιλήψεις τους σχετικά με αυτό το θέμα. Η μελέτη είναι περιγραφική και η συλλογή των στοιχείων διεξήχθη σε μορφή ερωτηματολογίου, σε δείγμα 148 φοιτητών. Οι φοιτητές παρουσιάζουν περισσότερες γνώσεις στον βελονισμό (39,2%), θρησκευτικές πρακτικές (34,5%). Μόνο το ποσοστό του (20,9%) αναφέρει ότι ενημερώνεται για τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας μέσω του διαδικτύου και των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Το (58,8%) των φοιτητών όμως δηλώνουν ότι η πληροφόρηση μέσω αυτής της μορφής ενημέρωσης είναι ανεπαρκής. Η πλειοψηφία των φοιτητών ήταν υπέρ της ένταξης των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας στο πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής. Επίσης πολλοί φοιτητές θεωρούν ότι θα μπορούσαν να συνδυαστούν οι εναλλακτικές μορφές θεραπείας και με την εκπαίδευση σε άλλες ιατρικές πρακτικές, σε μια διεπιστημονική προσέγγιση. Επιπλέον δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν αν περιλαμβάνονται και εφαρμόζονται οι εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας στην νοσηλευτική κλινική πρακτική. Οι φοιτητές νοσηλευτές είχαν ανεπαρκή γνώση σχετικά με τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική αλλά επιθυμούσαν να ενημερωθούν. Οι περισσότεροι φοιτητές είχαν θετική αντίληψη στις εναλλακτικές θεραπείες σε ασθενείς με καρκίνο. Ως εκ τούτου, συμπληρωματικές και εναλλακτικές πρακτικές θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής

3. Mantoudi & Eftihidou, 2012. Pain in the elderly and awareness of complementary therapies. *Rostrum of Asclepius*, 11th Volume, 2nd Issue, April – June, p. 213-34.

Abstract

Pain in the Elderly amounts to one of the most prominent parameters that affect deterioration in their quality of life. About 60-71% of community based elderly report presence of pain, and 33% of them report daily persistent pain. Published research results indicate that complementary therapies reinforce the analgesic effect of medication either directly by their analgesic action, or indirectly by reduction of tension and stress, endorphin production, increase of blood flow and mobility. The

survey object was to investigate the degree of awareness among the elderly, of complementary therapies, particularly of those who experience pain and are 65 or over. Sample and methodology: The survey population consisted of 100 people - members of KAPI in Athens and Thessaloniki. Data collection was based on an interviewing schedule and questionnaire completion by two different groups of 50 people each. As far as methodology was concerned the sample was selected according to availability and willingness to participate. Results indicate the following: 66% of the total sample report that they would use some complementary therapy for pain relief. Another 72% of the total sample (i.e. 2/3), report that they require more information on complementary therapies. Conclusion: Elderly people are interested in complementary therapies as alternative methods of pain management. Furthermore, should they have access to more information on this subject they would use them more frequently.

Οι Mantoudi και Eftihidou πραγματοποίησαν μια έρευνα με τίτλο «*Pain in the elderly and awareness of complementary*» η οποία ολοκληρώθηκε το 2012, σε δείγμα 100 ατόμων, μέλη ΚΑΠΗ στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Η συλλογή των στοιχείων διεξήχθη με συνεντεύξεις και συμπλήρωση ερωτηματολογίου στο σύνολο των ατόμων, σε 2 ξεχωριστά δείγματα από 50 άτομα έκαστο. Ως προς τη μέθοδο, επιλέγονταν τα πρώτα άτομα- μέλη του ΚΑΠΗ που ήταν διαθέσιμα κατά τις ημέρες της έρευνας και πρόθυμα να συμμετάσχουν. Ο πόνος που βιώνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι μια από τις κυριότερες παραμέτρους που συμβάλλουν στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους. Περίπου 60 - 71% των ηλικιωμένων ανθρώπων που ζουν στην κοινότητα αναφέρουν ότι πονούν κάπου, και 33% αναφέρουν ότι έχουν καθημερινό επίμονο πόνο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 66% του συνολικού δείγματος αναφέρει ότι θα χρησιμοποιούσε κάποια συμπληρωματική μέθοδο για ανακούφιση από τον πόνο. Ποσοστό 72% του συνολικού δείγματος (τα 2/3 δηλαδή), επιθυμεί περισσότερη ενημέρωση για τις συμπληρωματικές μεθόδους. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας ενδιαφέρονται για τις συμπληρωματικές θεραπείες ως εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου και, αν είχαν περισσότερη ενημέρωση για αυτές, θα τις χρησιμοποιούσαν περισσότερο.

4. Andrikopoulos A., et al, 2015. Professionals regarding alternative treatments. *To Vima tou Asklipiou Journal*, Τόμος 14, Τεύχος 1 (Ιανουάριος – Μάρτιος), p. 61-76.

Abstract

Recently, there seems to be an interest in complementary treatments, with the result that there is a noticeable increase in their use. Aim: The aim of the present study was to investigate knowledge and attitudes of healthcare professionals who work in a medium-sized general hospital, regarding employing alternative treatments in everyday practice. Method and material: The sample of the study comprised of 234 healthcare professionals from a General Hospital. A special, valid and anonymous questionnaire was used. Data collection took place from March to May 2013, and the SPSS 17.0 software was used for the statistical analysis ($p < 0.05$). Results: The majority of the participants were married (62.3%) female (75.6%) nurses (56.9%) of higher education level (46.1%), aged $47,08 \pm 9,18$ years. The majority knew what alternative treatments were and how they could be applied (79.2%, $n=186$), while 79 persons (33.8%) reported having used at least once some kind of an alternative treatment and 61.5% ($n=143$) of them said they were fairly/very satisfied with the results. 91% ($n=211$) of the participants said supervision should be necessary for the use of alternative treatments, and most of them were informed about those treatments by other healthcare professionals (38.8%), family or friends (38%), and the Internet (34,6%). Conclusions: Alternative treatments are a modern therapeutic approach that improves cooperation; healthcare professionals should acquire specialised knowledge regarding complementary treatments.

Ο Andrikopoulos και οι συνεργάτες του μελετούν και διερευνούν τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται σε ένα γενικό περιφερειακό νοσοκομείο, ως προς τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στη θεραπευτική τους πρακτική. Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 234 επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου επαρχιακής πόλης. Χρησιμοποιήθηκε έγκυρο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από το Μάρτιο ως το Μάιο του (2013). Το γενικό προφίλ των συμμετεχόντων ήταν κυρίως γυναίκες (75.6%) νοσηλεύτριες (56.9%), απόφοιτοι ΤΕΙ (46.1%), με μέσο όρο ηλικίας τα $47,08 \pm 9,18$ έτη και έγγαμες (62.3%). Η πλειοψηφία του δείγματος γνώριζε, τι είναι οι εναλλακτικές θεραπείες και που

εφαρμόζονται (79,2%, n=186), ενώ οι 79 (33,8%) δήλωσαν ότι είχαν καταφύγει τουλάχιστον μία φορά σε κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας, με το 61,5% (n=143), να δηλώνει αρκετά/πολύ ικανοποιημένο από τα αποτελέσματα των θεραπειών αυτών. Το 91% (n=211) των συμμετεχόντων θεωρούσε απαραίτητη την εποπτεία για την εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών και οι περισσότεροι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν για αυτές τις μεθόδους από άλλους επαγγελματίες υγείας (38,8%), το φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον τους (38%) και το διαδίκτυο (34,6%).

Οι εναλλακτικές θεραπείες αποτελούν μια σύγχρονη συνεργατική προσέγγιση της θεραπευτικής, με αποτέλεσμα να γίνεται ανάγκη η απόκτηση εξειδικευμένης γνώσης για τους επαγγελματίες υγείας.

5. Roupa Z., et al, 2014. Cypriot nurses' knowledge and attitudes towards alternative medicine. *Complement The Clinical Practice*, 20(1), p.89-92.

Abstract

Purpose: To investigate Cypriot nurses' knowledge and attitude towards alternative treatments. Methods: Two hundred randomly selected registered Nurses from public hospitals in Cyprus were administered an anonymous self-report questionnaire with closed-type questions. The particular questionnaire has previously been used in similar surveys. Six questions referred to demographic data and 14 questions to attitudes and knowledge towards alternative medicine. One hundred and thirty-eight questionnaires were adequately completed and evaluated. Descriptive and inferential statistics was performed. SPSS 17.0 was used. Statistical significance was set at $p < 0.05$. Results: Over 1/3 of our sample nurses reported that they had turned to some form of alternative treatment at some point in their lives in order to deal with a certain medical situation. Most of these nurses who reported some knowledge on specific alternative treatment methods, (75.9%) also reported using such methods within their clinical practice. The nurses who had received some form of alternative treatment reported using them more often in their clinical practice, in comparison to those who had never received such treatment (Mann Whitney U χ^2 1137, $p < 0.006$). The more frequently nurses used alternative treatment in their clinical practice, the more

interested they got in expanding their knowledge on the subject (Pearson's $r = 0.250$, $p = 0.006$). Conclusion: Most nurses are familiar with alternative medicine and interested in expanding their knowledge on subject, despite the fact that they do not usually practice it. Special education and training as well as legislative actions are necessary for alternative medicine to be broadly accepted.

Η Roupa Zoe και οι συνεργάτες της πραγματοποίησαν μια έρευνα με τίτλο «*Cypriot nurses knowledge and attitudes towards alternative medicine*», η οποία ολοκληρώθηκε το 2014, σε δείγμα 200 ατόμων, τυχαίων επιλεγμένων νοσηλευτών από τα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Το γενικό προφίλ των συμμετεχόντων ήταν κυρίως γυναίκες 87% και 13% άντρες νοσηλευτές, με μέσο όρο ηλικίας 35 χρονών (34.97 ± 11.29 χρονών). Η πλειοψηφία του δείγματος γνώριζε, τι είναι οι εναλλακτικές θεραπείες και που εφαρμόζονται 88% και μόνο το 48,6% του δείγματος είχε γνώσεις σε μία συγκεκριμένη εναλλακτική μέθοδο θεραπείας. Το 55,6% του δείγματος είχε ενημερωθεί και πληροφορηθεί για τις εναλλακτικές θεραπείες από φοιτητές νοσηλευτικής και άλλους επαγγελματίες υγείας. Το 91,9% από τις γυναίκες νοσηλευτές δήλωσαν ότι κατέχουν περισσότερες γνώσεις για τις εναλλακτικές θεραπείες, σε σύγκριση με τον αντρικό πληθυσμό των νοσηλευτών 76,5%. Το 30% του δείγματος αναφέρει, ότι έχει κάνει χρήση εναλλακτικών θεραπειών προκειμένου να επιλύσουν κάποιο προσωπικό τους πρόβλημα υγείας και εφόσον έμειναν ικανοποιημένη από την προσωπική τους χρήση, δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον να τις εφαρμόσουν στην κλινική πρακτική τους και να διευρύνουν τις γνώσεις τους πάνω σε αυτές (ανά άτομο $r=0,250$, $p=0,006$). Το 45,8% των νοσηλευτών δεν έχει χρησιμοποιήσει τις εναλλακτικές θεραπείες μέσα στην κλινική πρακτική άσκηση και μόνο το 12,7% τις έχει εφαρμόσει. Το 93% του δείγματος ανέφερε ότι η εξειδικευμένη γνώση πάνω στις εναλλακτικές θεραπείες είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την άρτια εφαρμογή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι λοιπόν το 96,4% του δείγματος τάχθηκε υπέρ ενός νομικού πλαισίου που θα ορίζει το πλαίσιο εφαρμογής των εναλλακτικών θεραπειών και θα ελέγχει το βαθμό καταλληλότητας τους.

6. Balouchi, A., et al, 2016. Knowledge, attitude and use of complementary and integrative health strategies: a preliminary survey of Iranian nurses. *Journal of Integrative Medicine*, 14(2), p.121-127.

Abstract

Disagreement exists regarding the need for knowledge about complementary and integrative health (CIH) strategies, as well as for the need to consider such strategies in clinical nursing practice. Objective: This study was conducted to assess the knowledge, attitude and use of CIH strategies among nurses in Iran. Design, setting, participants and interventions A cross-sectional study of nurses working in two hospitals of Zabol University of Medical Sciences, in southeast Iran, was conducted from October 2014 to April 2015. The questionnaire, developed specifically for this research, was used to assess the knowledge, attitude and use of CIH by nurses. Descriptive and inferential statistics were used to interpret the survey responses. Results: Most nurses ($n=95$, 60.5%) have average knowledge about CIH strategies with most holding a positive attitude about use ($n=81$, 51.6%). The majority ($n=90$, 57.3%) of nurses, however, never applied CIH methods. Where CIH was used, massage was most often clinically applied ($n=129$, 82.2%) and a large percentage believed it useful for treating illness ($n=136$, 87.9%). Other CIH methods commonly used included prayer and herbal medicine. Conclusion: Nurses have positive attitudes about CIH though knowledge was typically weak. Educational programs should carefully consider how knowledge about CIH methods could be strengthened within curricula.

Ο Balouchi Abbas και οι συνεργάτες του πραγματοποιούν μια έρευνα με τίτλο «*Knowledge attitude and use of complementary and integrative health strategies: a preliminary survey of Iranian nurses*», η οποία ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 2015 σε δείγμα νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται στα δύο νοσοκομεία του Zabol «University of Medical Sciences», στο νοτιοανατολικό Ιράν. Η μελέτη είναι περιγραφική και η συλλογή των στοιχείων διεξήχθη με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν η στάση και οι γνώσεις των νοσηλευτών στη χρήση εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας. Οι περισσότεροι νοσηλευτές ($n = 95$, 60,5%) δηλώνουν μέτρια γνώση στη χρήση εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας, αλλά ένα μεγάλο ποσοστό ($n=81$, 51.6%) έχουν

θετική στάση στην χρήση τους. Ωστόσο η πλειοψηφία των νοσηλευτών (n = 90, 57,3%) δηλώνει ότι δεν έχει εφαρμοστεί ποτέ εναλλακτικοί μέθοδοι θεραπείας πάνω στην κλινική τους πρακτική. Ωστόσο το μασάζ εφαρμόζεται πιο συχνά κλινικά από τους περισσότερους (n = 129,82,2%), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (n = 136, 87,9%) πιστεύει ότι είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της ασθένειας. Επίσης η προσευχή και η φυτοθεραπεία χρησιμοποιούνται πιο συχνά από τους νοσηλευτές. Η αντίληψη των νοσηλευτών των δυο νοσοκομείων του Ιράν για την χρήση των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας είναι θετική αλλά οι γνώσεις τους είναι ελλείψεις. Είναι απαραίτητο λοιπόν να δημιουργηθούν εκπαιδευτικά προγράμματα, ώστε οι νοσηλευτές να αποκτήσουν τις κατάλληλες γνώσεις για την άρτια εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας στους ασθενείς τους.

7. Leach MJ., 2013. Profile of the complementary and alternative medicine workforce across Australia, New Zealand, Canada, United States and United Kingdom. *Complementary and Alternative Medicine*, 21(2), p. 364-378.

Abstract

Background: Despite the expressed demand for complementary and alternative medicine (CAM) services in developed countries, little is known about the CAM workforce in terms of supply and composition. Objective: To describe the CAM workforce across five developed countries to better inform health workforce and health services planning, and perchance, inform debate on future public health and primary care policy. *Methods:* Data from the Australian, New Zealand, Canadian, UK and US Censuses of population were interrogated for information pertaining to the size and characteristics of the CAM workforce. This was supplemented by other population-level workforce data where available. *Results:* The quality and availability of population-level data on the CAM workforce vary substantially across nations. Of the nine CAM disciplines explored, massage therapy consistently comprised the largest portion of the CAM workforce, followed closely by chiropractic. Disciplines in shortest supply were homoeopathy in Australia, traditional Chinese medicine in New Zealand, and naturopathy in the US. Across the broader CAM workforce, practitioners were typically female, aged ≥ 40 years, worked within a primary care setting, held a vocational or higher education level qualification, worked full-time,

and earned <\$1000 gross per week. *Conclusions:* This work has helped shape current understandings of the CAM workforce. In doing so, it will help to inform the training and continuing education needs of the evolving CAM workforce, and further, ensure the provision of a competent CAM workforce to service the needs of consumers. Addressing the many limitations of existing data sources will assist in meeting these needs.

Ο Leach MJ πραγματοποίησε μια έρευνα με τίτλο «*Profile of the complementary and alternative medicine workforce across Australia, New Zealand, Canada, United States and United Kingdom*», η οποία ολοκληρώθηκε τον Αύγουστο του 2013. Παρά την αρκετά μεγάλη ζήτηση των υπηρεσιών συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής (CAM) στις αναπτυγμένες χώρες, λίγα είναι γνωστά για το εργατικό δυναμικό των εναλλακτικών θεραπειών σε ότι αφορά την προσφορά και την ζήτηση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή του εργατικού δυναμικού των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας ανάμεσα σε πέντε ανεπτυγμένες χώρες, με αποτέλεσμα την καλύτερη ενημέρωση του προσωπικού υγείας και των υπηρεσιών σχεδιασμού υγείας. Επιπλέον συζήτηση σχετικά με το μέλλον της δημόσιας τάξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της δημόσιας πολιτικής υγείας. Η συλλογή των στοιχείων διεξήχθη με την συμπλήρωση από την Αυστραλιανή, της Νέας Ζηλανδίας, του Καναδά, του Ηνωμένου Βασιλείου και των ΗΠΑ απογραφές πληθυσμού που ανακρίθηκαν για πληροφόρηση σχετικά με το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του εργατικού δυναμικού των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας. Αυτό συμπληρώθηκε και από άλλα στοιχεία που ήταν διαθέσιμα, όπως του πληθυσμού του εργατικού δυναμικού. Η ποιότητα και η διαθεσιμότητα των δεδομένων που αφορούν τον πληθυσμό του εργατικού δυναμικού CAM ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των εθνών. Από τους εννέα κλάδους CAM που διερευνήθηκαν, η θεραπεία μασάζ και χειροπρακτική διαθέτει το μεγαλύτερο αριθμό του εργατικού δυναμικού CAM. Το μικρότερο ποσοστό παίρνει η ομοιοπαθητική στην Αυστραλία, η παραδοσιακή κινεζική ιατρική στη Νέα Ζηλανδία, και η φυσικοθεραπεία στις ΗΠΑ. Η πλειοψηφία των εργαζόμενων στις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας ήταν γυναίκες ηλικίας ≥ 40 ετών, οι οποίες εργάζονταν στη πρωτοβάθμια φροντίδα, κρατώντας επαγγελματικό ή το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και εργάζονταν με πλήρες ωράριο, με καθαρό κέρδος <\$ 1000 ανά εβδομάδα. Η μελέτη αυτή έχει συμβάλει στη διαμόρφωση ταχείας κατανόησης της CAM εργατικού δυναμικού. Με τον τρόπο αυτό, θα

βοηθήσει στην ενημέρωση για τις ανάγκες συνεχούς εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης του εργατικού δυναμικού των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας και διασφάλιση του υψηλού επιπέδου υπηρεσιών που προσφέρουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την άρτια εξυπηρέτηση των πελατών και κάλυψη των αναγκών του κάθε ασθενή.

8. Midilli, T, S., Baisal, E., & Korkmaz, E., 2016. Complementary and Alternative Medical Methods: Attitudes, Knowledge and Use by Health Personnel. *Spatula DD - Peer Reviewed Journal on Complementary Medicine and Drug Discovery* (6):1

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the attitudes of health personnel to CAM methods, and their knowledge and use of them.

Method: The study was descriptive and cross-sectional in nature. It was conducted between March and June 2014 with 202 health workers employed at two government hospitals in the province of Manisa, Turkey.

Results: It was found that 74.8% of the health workers used CAM methods, 81.7% had a medium to good knowledge of them, and more than half had positive attitudes towards them. The three CAM methods which the participants knew about and used the most were, in order, the use of plants, showers, and hot and cold treatment. Health personnel differed in their attitudes to CAM methods according to their profession, educational level and gender ($p < .05$).

Conclusion: Health personnel had a high level of knowledge, they had positive attitudes towards CAM methods and most of them used at least one CAM method. Doctors, those with a higher educational level and female health workers had greater knowledge of CAM, while nurses and female health workers had a higher opinion of CAM.

Η Midilli Tulay Sagkal και οι συνεργάτες της πραγματοποίησαν μια έρευνα με τίτλο «*Complementary and Alternative Medical Methods: Attitudes, Knowledge and Use by Health Personnel*», η οποία ολοκληρώθηκε το 2014. Η μελέτη ήταν περιγραφική και πραγματοποιήθηκε σε φυσικό περιβάλλον, με τυχαίο δείγμα 202

επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε δύο κρατικά νοσοκομεία, στην επαρχία Manisa στην Τουρκία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 74,8% των επαγγελματιών υγείας είχαν χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας (CAM), το 81,7% είχε μια μέτρια γνώση και οι περισσότεροι από τους μισούς έδειξαν μια θετική στάση απέναντι στις εναλλακτικές θεραπείες. Οι τρεις εναλλακτικές μέθοδοι που γνώριζαν και χρησιμοποιούσαν οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν, η ομοιοπαθητική, η φυτοθεραπεία και η υδροθεραπεία. Οι απόψεις και οι προτιμήσεις του προσωπικού υγείας διέφερε από θεραπεία σε θεραπεία ανάλογα με το επάγγελμα, τις γνώσεις και το φύλλο του καθενός ($p < 05$). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρουσίασαν ένα υψηλό επίπεδο γνώσεων πάνω στις εναλλακτικές θεραπείες ήταν αυτοί που είχαν θετική άποψη και είχαν χρησιμοποιήσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους κάποια εναλλακτική μέθοδο θεραπείας. Ωστόσο οι γιατροί με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, κατείχαν μεγαλύτερη γνώση και εμπειρία στην εφαρμογή εναλλακτικών θεραπειών.

9. Hassan A., 2014. Knowledge, Attitudes and Practices of Oncology Nurses towards Complementary and Alternative Medicine for Cancer Care in Qatar. *J Anesth Clin Res*, 5:12.

Abstract

Aim and objectives: The aim of this study is to investigate the knowledge, attitudes and practices of oncology nurses towards CAM in cancer care in Qatar. **Background:** CAM is widely used by patients with cancer worldwide. Given the wide use of CAM in cancer treatment, cancer authorities have called for an increased awareness of CAM modalities among healthcare professionals with a focus on safety and efficacy. Among healthcare professionals, nurses play a vital role in the integration of CAM into cancer care. Few studies have explored the attitudes, practice and knowledge of nurses towards CAM in cancer care. **Design:** Descriptive cross-sectional study. **Research variables:** CAM attitude; knowledge and professional practice. **Methods:** An anonymous survey of a sample of 156 random oncological nurses was conducted at the National Center for Cancer Care and Research (NCCCR) in Doha, Qatar. A semi-structured novel 17-item questionnaire was administered to 156 participating

oncology nurses. The questionnaire collected information on: respondents' knowledge of complementary therapy; perceived benefits and harm of complementary therapy; history of CAM recommendation to patients; and finally, interest in complementary therapy educational opportunities. Results: Our study showed that 11% of respondent oncological nurses had never heard about CAM therapy. Most nurses had a positive attitude towards CAM and were interested in CAM education opportunities. Conclusion: There is a need for increased knowledge about CAM by oncology nurses; given their vital role in the overall management of cancer patients. This can be achieved through structured and comprehensive education/ training programs as well as through the integration of CAM therapy into cancer care guidelines. Relevance to clinical practice: To ensure safe, efficacious and holistic cancer treatment, it is important for nurses to be knowledgeable of complementary therapy; to candidly discuss this topic with patients; and when possible, to offer CAM resources to patients.

Ο Hassan A και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μια έρευνα με τίτλο «*Knowledge, Attitudes and Practices of Oncology Nurses towards Complementary and Alternative Medicine for Cancer care in Qatar*», ενός τυχαίου δείγματος 156 νοσηλευτών ογκολογίας του Κατάρ, κατά τους μήνες Ιανουάριος έως Απρίλιος 2013. Η μελέτη διεξήχθη στο Εθνικό Κέντρο για την Φροντίδα του Καρκίνου και Έρευνα (National Center for Cancer Care and Research), στη Ντόχα του Κατάρ. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν η στάση και οι γνώσεις των νοσηλευτών στη χρήση εναλλακτικών θεραπειών στους ογκολογικούς ασθενείς. Η συλλογή των στοιχείων διεξήχθη με την συμπλήρωση έγκυρου και ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο δημιουργήθηκε μέσα από την κλινική εμπειρία. Το ερωτηματολόγιο ήταν χωρισμένο σε δύο τμήματα. Στο πρώτο τμήμα παρέχονταν πληροφορίες που αφορούσαν δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα το γενικό προφίλ των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες 85,5%, η πλειοψηφία είχε λιγότερο από 20 χρόνια πρακτική εμπειρία στη νοσηλευτική, ενώ μόνο το 10% ανέφερε πάνω από 20 χρόνια εμπειρίας. Το 64% των νοσηλευτών προέρχονταν από την Ινδία, το Πακιστάν, το Νεπάλ και το 20% από Φιλιππίνες. Το 83,9 % ανέφεραν πίστη σε μία θρησκεία, με τον Χριστιανισμό να είναι η πιο κοινή θρησκεία 56,8%. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνούνταν η γνώση, η πίστη, η άποψη των νοσηλευτών για την αποτελεσματικότητα και βλαπτικότητα των εναλλακτικών

θεραπειών στους ογκολογικούς ασθενείς και τέλος το ενδιαφέρον τους για περαιτέρω εκπαίδευση και εξειδίκευση των εναλλακτικών θεραπειών. Από τους 156 συμμετέχοντες νοσηλευτές το 88,8% αναφέρουν ότι διαθέτουν γνώσεις πάνω στις εναλλακτικές θεραπείες, το 93,5% πιστεύουν ότι η χρήση κάποιας μορφής εναλλακτικής θεραπείας είναι αποτελεσματική και μπορεί να βοηθήσει την κατάσταση του ασθενή που πάσχει από καρκίνο και το 85,6% τις θεωρούν ασφαλή μέθοδο θεραπείας. Επίσης το 44% του δείγματος πιστεύει ότι οι εναλλακτικές θεραπείες βοηθούν στην ψυχική υγεία του ασθενούς και μόνο το 3% πιστεύει ότι είναι θεραπευτική χωρίς κάποια παρέμβαση από την συμβατική ιατρική. Παρόλα αυτά μόνο το 17,8% του δείγματος είχε συστήσει κάποια μορφή εναλλακτικής συμπληρωματικής θεραπείας σε κάποιον ασθενή του. Οι πιο σύνηθες τρόποι εναλλακτικής θεραπείας που προτείνονται από τους ογκολογικούς νοσηλευτές είναι 15% η μουσικοθεραπεία, 13% η ομοιοπαθητική και 12% η yoga. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων 95,5%, εξέφρασαν ενδιαφέρον για περισσότερη πληροφόρηση και ενημέρωση σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες, ενώ το 91% δείχνει ενδιαφέρον για ολοκληρωμένη εκπαίδευση και κατάρτιση πάνω σε κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας. Οι περισσότεροι νοσηλευτές του ογκολογικού νοσοκομείου του Κατάρ δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον να εξειδικευτούν και να αποκτήσουν τις κατάλληλες τεχνικές και πιστοποιημένες γνώσεις, έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμόζουν με αξιοπιστία κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας στους ασθενείς τους.

10. SevGISun Kapucu & Bilge Bal Ozkaptan, 2014. Views of Turkish Nurses and Physicians about Complementary and Alternative Therapies. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), p.914

Abstract

Objectives: To determine the knowledge and views of the physicians and nurses related to the complementary and alternative therapies (CAT) in a training medical center. Design: This descriptive analytical study was carry out through interviews using a questionnaire that prepared by the compilation from the literature for data collection. Using a simple random sampling method the total sample consisted of 289 individuals (126 nurses and 163 physicians). Setting: In and outpatient units of

Gulhane Military Medical Faculty (GMMF) Training Hospital, Ankara, Turkey. Main outcome measures: We measured nurses and physicians' knowledge of, their experience with, their views towards and utilization of CAT. Results: This study included 126 female nurses and 163 physicians (92% male). The majority of nurses (97.6%) and physicians (95.7%) reported that they had not received any training about CAT. It was identified that 50% of the nurses and 27% of the physicians had previously used CAT for themselves ($p < 0.05$). Results of our study identified that the nurses and the physicians mostly responded with "have no idea" to the questions about the effect, reliability and usage of CAT methods, and there were no statistically significant differences. Conclusions: Results of our study showed that the nurses and the physicians working at a medical centre in Turkey had only limited knowledge about CAT but had positive attitudes about their wish to make use of CAT methods.

Ο Sevğisun Karucu και οι συνεργάτες του μελετούν και διερευνούν τις στάσεις και γνώσεις των νοσηλευτών και γιατρών που εργάζονται σε ιδιωτική ιατρική μονάδα, ως προς τη χρήση των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας στη θεραπευτική τους πρακτική. Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 126 γυναίκες νοσηλεύτριες και 163 γιατροί (92% άντρες), οι οποίοι εργάζονται στην ιδιωτική ιατρική μονάδα του Gulhane Military Medical Faculty (GMMF) στο Ankara της Τουρκίας. Χρησιμοποιήθηκε έγκυρο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο και η έρευνα ολοκληρώθηκε το 2014. Η στάση και οι απόψεις των νοσηλευτών και των γιατρών απέναντι στις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, την εργασία και την εμπειρία πρακτικής άσκησης. Το 41% των νοσηλευτών είναι πάνω από 29 χρόνων, το 31,6% είναι πάνω από 36 χρόνων, οι οποίοι δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον στην εφαρμογή των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας ($p > 0.05$). Το 73% των νοσηλευτών έχει εργαστεί σε εσωτερικά ιδιωτικά ιατρεία και το 73,6% έχουν εργαστεί πάνω από 10 χρόνια και παρουσιάζουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για εκπαίδευση και εξειδίκευση πάνω στην εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας ($p > 0.05$). Το 42% των γιατρών είναι πάνω από 36 χρόνων, το 37,8% έχει εργαστεί σε εσωτερικά ιατρεία, το 52,3% στο χειρουργείο, το 52,8% έχει εργαστεί λιγότερο από 10 χρόνια και το 37,7% των γιατρών έχουν εργαστεί πάνω από 10 χρόνια και έδειξαν περισσότερο ενδιαφέρον για την χρήση εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας στους ασθενείς τους ($p < 0,05$). Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (97,6%) και γιατρών (95,7), αναφέρουν ότι δεν έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση σχετικά με τις εναλλακτικές

μεθόδους θεραπείας και το 9,6% των νοσηλευτών και 18,7% των γιατρών δεν ενδιαφέρονται να ενημερωθούν, εκπαιδευτούν και εφαρμόσουν κάποια μέθοδο εναλλακτικής θεραπείας. Επίσης το 50% των νοσηλευτών και το 27% των γιατρών είχαν χρησιμοποιήσει κάποια μέθοδο εναλλακτικής θεραπείας για να λύσουν και θεραπεύσουν κάποιο προσωπικό τους πρόβλημα υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές στην ερώτηση που τους δόθηκε για τα αποτελέσματα, την αξιοπιστία και την χρησιμότητα των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας, απάντησαν το 42,8% των νοσηλευτών και το 53,8% των γιατρών ότι δεν γνωρίζουν, ενώ το 32,3% των νοσηλευτών και το 29,5% των γιατρών έδωσαν θετική απάντηση. Αυτό σημαίνει ότι οι γιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται στην ιδιωτική ιατρική μονάδα του Gulhane Military Medical Faculty (GMMF) στο Ankara της Τουρκίας, δεν έχουν καλλιεργήσει το ενδιαφέρον τους για τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας λόγω της έλλειψης νομοθεσίας και κυβερνητικών κανονισμών, σχετικά με την χρήση εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας. Είναι αναγκαίο λοιπόν οι εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας να ενσωματωθούν μέσα σε ιατρικά και νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα και στην συνέχεια να διεκπεραιωθούν σε όλη την γεωγραφική περιοχή της Τουρκίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΔΕΛΟΜΕΝΩΝ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας δευτερογενούς μελέτης ο πόνος είναι υποκειμενικός και ο κάθε άνθρωπος το βιώνει διαφορετικά. Εκλαμβάνεται δηλαδή, ως υποκειμενική εξατομικευμένη εμπειρία γνωστή πλήρως μόνο στο άτομο που τον βιώνει και απαιτεί διεπιστημονική ολιστική προσέγγιση. Αναμφισβήτητα οι νοσηλευτές αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας προσέγγισης και αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών. Ο ρόλος του νοσηλευτή αναπτύσσεται και διαμορφώνεται με αυτοτέλεια, μέσα στην ομάδα και εκδηλώνεται μέσα σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Στην περίπτωση ενός ασθενούς που βιώνει πόνο, ο νοσηλευτής δεν θα προβληματιστεί μόνο για τις δόσεις των αναλγητικών φαρμάκων που θα χορηγηθούν στον ασθενή. Οφείλει και πρέπει να προβληματιστεί και να προσλάβει πληροφορίες για το κοινωνικό, πολιτιστικό επίπεδο του ασθενούς, γνωρίζοντας ότι ο πόνος βιώνεται, και προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις και διαταραχές στην συμπεριφορά του ασθενούς. Θα αναρωτηθεί και θα εκτιμήσει τις οικονομικές επιπτώσεις του πόνου τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του, θα προσπαθήσει να συλλέξει τις πληροφορίες εκείνες που θα του επιτρέψουν να ενεργοποιήσει κι άλλους επαγγελματίες υγείας, και θα προσαρμόσει τις θεραπευτικές του στρατηγικές ανάλογα με τις αξίες τις εμπειρίες και τα πιστεύω του ασθενούς. Θα εφαρμόσει εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, με σκοπό την πρόληψη και την χαλάρωση του ασθενούς.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου δεν είναι εύκολη για τους νοσηλευτές καθώς απαιτείται καλή επαγγελματική κατάρτιση και συνεχής μάθηση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να σχεδιάζει, να προτείνει και να εφαρμόζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις εκείνες που σύμφωνα με την γνώμη του θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει την εμπειρία του δικού του πόνου καθώς και τις συνέπειες που προκαλεί σ' αυτόν και το περιβάλλον του. Στην ολιστική προσέγγιση της υγειονομικής φροντίδας, οι παραδοσιακές μέθοδοι χειρουργικών επεμβάσεων και η χορήγηση φαρμάκων, συνδυάζονται με ή αντικαθίσταται από τον βελονισμό, τη ρεφξολογία, την αυτοσυγκέντρωση, τη ομοιοπαθητική και από ποικίλες τεχνικές χαλάρωσης για την αντιμετώπιση του πόνου.

Ο χρόνιος πόνος είναι μια από τις συχνότερες αιτίες για την οποία οι ασθενείς αναζητούν κάποια μορφή εναλλακτική θεραπεία όπως η ομοιοπαθητική, η οποία εφαρμόζεται ήδη σε πολλές χώρες της Ευρώπης και εξακολουθεί να αναπτύσσεται με γρήγορους ρυθμούς. Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα, η ομοιοπαθητική εφαρμόζεται μόνο από τους γιατρούς, οι οποίοι έχουν το δικαίωμα να χορηγούν ομοιοπαθητικά φάρμακα. Παρόλα αυτά σύμφωνα με τις έρευνες οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν θετική αντίληψη και άποψη για τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας και ενδιαφέρονται να αποκτήσουν εξειδικευμένες γνώσεις, ώστε να μπορούν να τις εφαρμόσουν στους ασθενείς τους με επιστημονική τεκμηρίωση και ασφαλές τεχνικές.

Η μελέτη του Ανδρικόπουλου και συνεργατών (2015) έδειξε πως δεν είναι λίγοι οι επαγγελματίες υγείας και ιδίως οι νοσηλευτές που γνωρίζουν τι είναι οι εναλλακτικές θεραπείες και που εφαρμόζονται. Επιπλέον, πολλοί διαθέτουν θετική στάση και παρόλο που ένα σημαντικό ποσοστό δήλωσε ότι είχε καταφύγει τουλάχιστον μία φορά σε κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας και ήταν αρκετά έως πολύ ικανοποιημένο από τα αποτελέσματα των θεραπειών αυτών, η συντριπτική πλειοψηφία θεώρησε απαραίτητη την εποπτεία για την εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών. Παρεμφερή αποτελέσματα είχαν και οι έρευνες των Roura και συν. (2014), Sevgisun και συν. (2014), Hassan και συν. (2014) και Midilli και συν. (2016).

Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από τις προαναφερθείσες έρευνες οι οποίες διεξήχθησαν διάφορες χώρες, διαφαίνεται η ανάγκη σωστής πληροφόρησης πάνω στις εναλλακτικές θεραπείες (στις οποίες ανήκει και η ομοιοπαθητική) και σωστής εφαρμογής αυτών. Η ανάγκη αυτή είχε επισημανθεί και το 2012 στη μελέτη των Habi Hegyi και συνεργατών στην οποία είχε τονισθεί το γεγονός πως με το πέρασμα των χρόνων δημιουργείται όλο και περισσότερο η ανάγκη για περισσότερη ακαδημαϊκή εκπαίδευση και εξειδίκευση των νοσηλευτών. Τα ίδια ευρήματα προέκυψαν και από τις έρευνες του Leach (2013) και Balouchi και συν., (2016).

Οι Mantoudi και Eftihidou (2012) με την έρευνα τους, επισημαίνουν πως ίσως χρειάζεται και γενικός πληθυσμός ενημέρωση πάνω στην ομοιοπαθητική και σε άλλες μορφές εναλλακτικών θεραπειών. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν πως τα άτομα της τρίτης ηλικίας ενδιαφέρονται για τις συμπληρωματικές θεραπείες ως εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου και πως αν είχαν περισσότερη ενημέρωση για αυτές, θα τις χρησιμοποιούσαν περισσότερο.

Είναι γεγονός πως οι αλλαγές στο χώρο της υγείας, η ραγδαία τεχνολογική πρόοδος, η εισαγωγή νέων πληροφοριών (ιδίως των εναλλακτικών θεραπειών και της Ομοιοπαθητικής) στο χώρο της Νοσηλευτικής, καθιστούν την συνεχιζόμενη εκπαίδευση επιτακτική ανάγκη. Στην έρευνα της Arzu Akman Yilmaz., και συν το 2015 οι φοιτητές νοσηλευτικής παρουσιάζουν θετική αντίληψη στην χρήση εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο και επισημαίνουν την ανάγκη να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής. Ωστόσο η διαδικασία της εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών δεν αρκεί από μόνη της για να καταστήσει ικανούς τους νοσηλευτές για την παροχή υψηλού επιπέδου και ασφαλή νοσηλευτική πρακτική. Η αναζήτηση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας οδήγησε και στην αναζήτηση τρόπων εξασφάλισης της συνεχούς επιμόρφωσης των νοσηλευτών. Τα οφέλη από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι πολλά. Τα πιο σημαντικά είναι η καλύτερη ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας καθώς και η ενίσχυση της ασφάλειας στο χώρο εργασίας. Είναι γεγονός πως η ενίσχυση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των νοσηλευτών βοηθά κυρίως, στη μείωση του εργασιακού άγχους, στη λιγότερη απώλεια χρόνου για την εκτέλεση μιας νοσηλευτικής πράξης και στην εμφάνιση λιγότερων ατυχημάτων στο χώρο εργασίας (Παπαδημητρίου Μ και συν, 2009).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), από το 2008 επισημαίνει πως οι κυβερνήσεις θα πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, κανονισμούς και πρότυπα, ως μέρος των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται η κατάλληλη, ασφαλής και αποτελεσματική χρήση των εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας. Ακόμη, επισημαίνει ότι πρέπει να αναλάβουν δράση οι κυβερνήσεις, ώστε να αναγνωρίσουν την συμβατική ιατρική ως μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για να αυξηθεί η γνώση. Επιπλέον, κρίνει απαραίτητο να ενσωματώσουν τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας στα εθνικά συστήματα υγείας σε συνδιασμό με την εθνική πολιτική και νομοθεσία για τα προϊόντα, τις πρακτικές και σε όσους επαγγελματίες υγείας παρέχουν τη συμβατική ιατρική, με αποτέλεσμα να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η ποιότητα της. Τέλος είναι επιτακτική ανάγκη να διασφαλίσουν την ασφάλεια των ασθενών με την αναβάθμιση των δεξιοτήτων και των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, όπως την Ομοιοπαθητική (WHO, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τον πόνο, ο πόνος εκλαμβάνεται ως μια υποκειμενική εμπειρία. Η σταδιακή κατανόηση ότι ο πόνος δεν είναι μία απλή αίσθηση αλλά μια πολυδιάστατη σφαιρική εμπειρία, ανοίγει νέους δρόμους στην μελέτη και στην καλύτερη αντιμετώπιση του, για κάθε επαγγελματία υγείας. Οι νοσηλευτές με την συνεχή και άμεση επαφή που έχουν με τον ασθενή, επικεντρώνονται σ' αυτό που ο ίδιος ασθενής ορίζει ως πόνο με στόχο να καλύψουν τις ανάγκες του και την άμεση αντιμετώπιση του.

Τα τελευταία χρόνια παρά την αυξημένη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, παρουσιάζεται άνθιση της εναλλακτικής ιατρικής, που υποκαθιστά ή συμπληρώνει τις συμβατικές ιατρικές θεραπείες. Στην αύξηση της χρήσης των εναλλακτικών μορφών θεραπείας, συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και ιδίως την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, την οικονομική κατάσταση, το επίπεδο της υγείας και την προσωπική αντίληψη του ατόμου για τις ανικανοποίητες ανάγκες του από την παρεχόμενη συμβατική ιατρική φροντίδα. Σύμφωνα με τον ορισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης, στα εναλλακτικά θεραπευτικά συστήματα ανήκουν η Ομοιοπαθητική, ο Βελονισμός, η Οστεοπαθητική και η Φυτοθεραπεία (Beditor KS, 2010).

Η ομοιοπαθητική αποτελεί ένα ολιστικό θεραπευτικό σύστημα που διέπεται από τις αρχές μιας ιατρικής επικεντρωμένης στον άνθρωπο και μπορεί να συμπεριλάβει όλες τις συνιστώσες της επώδυνης εμπειρίας. Η Ομοιοπαθητική με τα εργαλεία που διαθέτει μπορεί να υπερνικήσει τα επικοινωνιακά εμπόδια αναφορικά με τον χρόνιο πόνο και να δημιουργήσει τις συνθήκες για μια αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γιατρού ασθενούς. Μπορεί να τοποθετήσει τον ασθενή στο δικό του πλαίσιο παρέχοντας του ταυτόχρονα περισσότερη αυτονομία στη λήψη αποφάσεων, στα ζητήματα που αφορούν την υγεία του. Όσο αφορά την αποτελεσματικότητα της, η ομοιοπαθητική εμπεριέχει την άποψη ότι ο πόνος αποτελεί έναν προστατευτικό μηχανισμό, την οποία μάλιστα επεκτείνει μετατρέποντας το σύμπτωμα, εν προκειμένω τον πόνο, το μέσο, μέσω του οποίου ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει σε ομοιόσταση. Σύμφωνα με τον Ομοιοπαθητικό Γιώργο Βυθούλκα, η μεγάλη απήχηση της Ομοιοπαθητικής από τον κόσμο τα τελευταία χρόνια οφείλεται, στο ότι η ομοιοπαθητική μπορεί να παρεμβαίνει στην αρχή των χρόνιων και εκφυλιστικών παθήσεων, εκεί που η συμβατική θεραπευτική

δεν μπορεί να κάνει σχεδόν τίποτα, και να αναστέλλει την εξέλιξη τους ή να την καθυστερεί. Αυτό εκτιμάται από τους ασθενείς και έτσι παρά την όποια αντίδραση ή απαξίωση, οι ασθενείς αναζητούν και ακολουθούν αυτό που τους ωφελεί (Βυθούλκας Γεώργιος, 2000).

Η άνθιση και ανάπτυξη των Εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας και της Ομοιοπαθητικής έχει ως αποτέλεσμα να γίνεται ανάγκη η απόκτηση εξειδικευμένης γνώσης από τους επαγγελματίες υγείας. Ένα σημαντικό εύρημα από την μελέτη επιλεγμένων επιστημονικών άρθρων και ερευνών, ανέδειξε τη θετική αντίληψη και γνώσεις που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές για την Ομοιοπαθητική και ορισμένες άλλες εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας.

Τέλος η συμβατική ιατρική σε συνδιασμό με την εναλλακτική θεραπεία σε χρόνιες καταστάσεις ασθένειας, μπορούν να αποφέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα στην απαλλαγή από τον πόνο και την ίαση του ανθρώπινου οργανισμού. Επιπλέον τα κράτη οφείλουν να προβούν στις απαραίτητες διαδικασίες, ώστε τα μοντέλα θεραπείας συμβατικά ή μη, να λειτουργήσουν ενιαία προς όφελος των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aakster W., 1986. Concepts in Alternative Medicine. *Soc Sci Med.*, 22(2), p.265-273
- Adams RD., Victor M., 2003. *Principles of Neurology*, 7th edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ι. Ευδοκιμίδη. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ. Πασχαλίδη.
- Andrikopoulos A., et al, 2015. Professionals regarding alternative treatments. *To Vima tou Asklipiou Journal*, [internet], January – March. Available at:
 - http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2015/VOLUME%2001_15/VA_OP_2_14_01_15.pdf. [Accesses 10 February 2016].
- Anneli et al, 2002. Homeopathy and health related Quality of Life: A survey in six European countries. *Homeopathy*, 91(1), p.18-21.
- Arzu Akman, Y., Gulzade, U. & Şenay T., 2015. Knowledge and Opinions of Nursing Students Regarding Complementary and Alternative Medicine for Cancer Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), p. 656.
- Ashburn, A., Staats S., 1999. Management of chronic pain. *Lancet*, 353:1865-69.
- Astin J.A., 1998. Why patients use alternative medicine. *J Am Med Assos*, 279, p.1548-1553.
- Βάθης, Α., 2012. Ομοιοπαθητικά Φάρμακα. *E.E.O.I. Ελληνική Εταιρία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής*, [internet] 11 Νοεμβρίου. Διαθέσιμο από: <http://www.homeopathy.gr>. [Έγινε πρόσβαση στις 9 Μαΐου 2016].
- Balouchi, A., et al, 2016. Knowledge, attitude and use of complementary and integrative health strategies: a preliminary survey of Iranian nurses. *Journal of Integrative Medicine*, 14(2), p.121-127.
- Beditor KS., 2010. Traditional medicine: a global perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, [internet] November 2010. Available at:

February 2016.

- Bonica J., 1983. *The importance of education and training in pain diagnosis and therapy: the role of continuing education course*, Amsterdam, Biomedical Press, 1983.

Bonica, J., 2009. The Impact of Managing Pain in the Practice of Medicine through the Ages. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, [internet] July/August. Available at:

http://journals.lww.com/rapm/Citation/2010/07000/The_2009_John_J_Bonica_Award_Lecture_The_Impact.13.aspx. [Accessed 20 February 2016].

Breivic H., Collett B., Ventafridda V., 2006. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 10 p. 287-333

- Βυθούλλκας Γ., 1995. *Material Medical, Επιστήμη της Ομοιοπαθητικής, Θεωρία της Ομοιοπαθητικής – Επίπεδα Υγείας*, Αθήνα 1995.
- Βυθούλλκας Γ., 2000. *Η Νέα Διάσταση στην Ιατρική*. Εκδόσεις Μαραθία, 2000.
- Mc Caffery M, Ferrell Br., 2000. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? *Journal of pain and Symptom Management*, 14(3), p.175-188.
- Clarke EB., et al, 1996. Pain management, knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurse characteristics and educations. *Journal of pain and symptom Management*, 11(1), p.18-31.
- Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al 1994. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*, 6, p.330:592.
- Covington C., Edward, MD., 2000. Psychogenic Pain-What it mean, why it does not exist, and how to diagnose it. *Pain Medicine*, 1, p.287-293.
- Διοσκουρίδης, Επιστημονική επιμέλεια και μεταγραφή Αγά Τσελίκας, Μίλητος Αθήνα (Άχρονι).
- Eliot, B., Cole, MD., 2002. *Pain Managment. Classifying, Understanding, and Treating Pain.Hospital Physician*. American Academy Of Pain Management.

- Ευαγγελάτος Ν.Γ., Βαϊόπουλος Α.Γ., 2008. Ολιστική Ιατρική:Ολική επαναφορά. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE*, 25(6), p.790-798.
 - Eisenberg DM., et al, 1993. Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med*; 328:246-252.
 - Fenton M, Morris D., 2003. The integration of holistic nursing practices and complementary and alternative modalities into curricula of schools of nursing. *Alternative Therapies*, 9(4), p.62-67.
 - Φιλιανός, Μ., 2007. Οι αποδείξεις των Ομοιοπαθητικών Φαρμάκων. Στο: *14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ομοιοπαθητικής Ιατρικής*. Ίδρυμα Ευγενίδου 30 Νοεμβρίου - 2 Δεκεμβρίου 2007. Αθήνα.
 - Fishbain, David A et al, 1997. Chronic Pain-Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A Review. *Clinical Journal of Pain*, 13(2), p.116-137.
- Fuerstein G., 1989. *The Yoga–Sutra of Patanjali: A New Translation and Commentary*. **Paperback**,
- Greasley P, Chiu LF., Gartlands M., 2001. The concept of spiritual care in mental health nursing. *J.Adv. Nurse*, 1, p.629-637.
 - Guyton A. MD., 1990. Textbook of Medical Physiology, 3th edition. Translated in Greek. Medical Editions Litsas.
 - Gureje O., et al 1998. Persistent Pain and Wellbeing: A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280(2).

Habil Hegyi, G., Csütörtöki, K., Pfeifenróth A., & Sarsina, PR., 2014. Attitudes of Hungarian Healthcare Professionals (Mds, Nurses) According To Cam Homeopathy: A Cross-Sectional, Qualitative Accumulated Survey's Data. *Alternative & Integrative Medicine Med*, [internet] 22 May. Available at: <http://www.esciencecentral.org/journals/attitudes-of-hungarian-healthcare-professionals-mds-nurses-according-to-cam-homeopathy-a-crosssectional-qualitative-accumulated-surveys-data-2327-5162.1000162.php?aid=28738>. [Accessed 9 May 2016].

- Haetzman et al, 2003. Chronic and the use of conventional and alternative therapy. *Family practice*, 20, (2).
- Hakim C., 1982. *Secondary Analysis in Social Research: A Guide to Data Sources and Methods with Examples*. London: Allen & Unwin.
- Hanson, NY., Roper Starch, 2000. Chronic pain in America: roadblock to relief. Survey conducted for the American Pain Society, *The America Academy of pain Medicine, and Janssen Pharmaceutical, Worldwide*.
- Hartog S., 2009. Christiane. Elements of effective communication-Rediscoveries from homeopathy. *Patient Education and Counseling* 77 p.172-178.
- Harrison's, 2008. *Clinical Neurology*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Θ. Ντινόπουλος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Hassan A., 2014. Knowledge, Attitudes and Practices of Oncology Nurses towards Complementary and Alternative Medicine for Cancer Care in Qatar. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, [internet] 25 August. Available at: <http://www.omicsonline.org/open-access/knowledge-attitudes-and-practices-of-oncology-nurses-2155-6148.1000477.php?aid=34093>. [Accessed 9 May 2016].
- Hayfield R., (1998). *Ομοιοπαθητική: Πρακτικός οδηγός για την καθημερινή φροντίδα της υγείας*. Εκδόσεις Ψυχάλου. Αθήνα.
- Henderson L, 2001. The knowledge and use of alternative therapeutic techniques by social work practitioners: A descriptive study. *Social Work in Health Care*, 30(3), p.55-71.

- Hunter D, 1993. *Pain management and Nursing Care*. UK, Butterworth – Heinemann.
- International Association for the Study of Pain, 1979. *Pain terms: a list with a definitions and notes on usage*. [Leaflet] IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain, 6, p.249.

Καλούδης, Π., 2012. Μάθετε τα πάντα για την Ομοιοπαθητική και ποιες ασθένειες θεραπεύει. *Iatropedia*, [internet] 21 Νοεμβρίου 2012. Διαθέσιμο από: <http://www.iatropedia.gr>. [Έγινε πρόσβαση στις 10 Μαΐου 2016].

- Kandel R., et al, 2004. Principles of Neural Science, 4th edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Κορομπίλια. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη.
- Κατσιμίγκας Γ., και συν, 2007. Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου, *Νοσηλευτική*, 46(4), σελ.441-452.
- Kinghorn S, Gamlin R., 2001. *Ανακουφιστική Νοσηλευτική*. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα.
- Κουργκούλη Ε., και συν, 2007. Νοσηλευτική θεωρία, εργαστήριο, Ο.Ε.Δ.Β, Αθήνα 2007, σελ 104-106.
- Leach MJ., 2013. Profile of the complementary and alternative medicine workforce across Australia, New Zealand, Canada, United States and United Kingdom. *Complementary and Alternative Medicine*, 21(2), p. 364-378.
- Leake CD., 1952. *The Old Egyptian Medical Papyri*. Lawrence, KS: University of Kansa.

Mahmoudian, A., Gholamhosein, S., 2014. Homeopathy satisfaction in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(5), p.496-502.

- Μαλικίδης, Σ., 2011. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής. *Ελληνική Εταιρία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής, Κλασική Ομοιοπαθητική*, [internet] 11 April. Διαθέσιμο από: <http://homeopathy.gr>. [Έγινε πρόσβαση στις 23 Φεβρουαρίου 2016].
- Mantoudi & Eftihidou, 2012. Pain in the elderly and awareness of complementary therapies. *Rostrum of Asclepius*, [internet] April-June. Available

at: http://www.vima-asklapiou.gr/volumes/2012/VOLUME%202012_VA_OP_1_11_02_12.pdf. [Accessed 20 February 2016].

- Marks C., 1997. *Ομοιοπαθητική, πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Εκδόσεις Μέδουσα/Σέλας.
- Marshall D., (1996). *Pain Mechanisms and pain syndromes: An updated review. Refresher course syllabus. IASP committee on Refresher courses*. Ed: James N. Cambell.
- Meltzak, R., Wall P., 1965. Pain mechanisms: a new theory. *Science Survey of Anesthesiology*, 11(2), p.89-90.
- Midilli, T, S., Baisal, E., Akarsu, G. & Korkmaz, E., 2016. Complementary and Alternative Medical Methods: Attitudes, Knowledge and Use by Health Personnel. *Spatula DD - Peer Reviewed Journal on Complementary Medicine and Drug Discovery*, [internet] 14 April. Available at: <http://dx.doi.org/10.5455/spatula.20160313010209> [Accessed 12 May 2016].
- Μυρωνίδου-Τζουβελάκη Μ., Καλούσης Κ. & Χριστοπούλου-Αλέτρα Ε., 2009. Η αναλγητική αγωγή από την Ομηρική στην Ιπποκρατική Ιατρική, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26, p.124-129.
- Παπαδαντωνάκη Α., 2006. Επικοινωνία και Νοσηλευτική, *Νοσηλευτική*, 3, σελ 297-298.
- Παπαδημητρίου Μ, Κούρτης Γ, Μητρούλιας Γ, Φιλιππάτος Γ., 2009. Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική*, 42(2), σελ 194-205.
- Παπαθανάσογλου Ε.Δ., 2002. *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική*. Σημειώσεις από τις Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, Αθήνα 2002.
- Potter PA., Perry AG., 1987. *Basic Nursing: Theory and practice*. ST Louiw, 1987.
- Price, D., et al 1983. The Validation of Visual Analogue Scales as Ratio Scale Measures for Chronic and Experimental Pain, *Department of Anesthesiology, Medical College of Virginia, Richmond, Vu (U.S.A.)*, 17, p.45-56.
- Ραγιά Α., 1991. *Πόνος και νοσηλευτική, Ολιστική προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Φυλάτος.

- Rao et al, 2007. The defining role of structure in the plausibility of homeopathy: *Homeopathy*, 96, p.175-182.
- Ρηγάτος, Γ., 2005. Η Ιατρική των Αράβων. Ιστορία της Ιατρικής – Από τον Μεσαίωνα ως και τον 18^ο αιώνα – Ημερολόγιο. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Riboli E., (1992). *Nutrition and cancer: background and rationale of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)*. *Ann Oncology*. p: 27 - 29.
- Ροβίθης Μ., 2002. Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα

αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. *Νοσηλευτική*, 41(2), σελ.156-162.

- Rojas-Cooley MT, Grant M., 2009. Complementary and alternative medicine: Oncology nurses' knowledge and attitudes. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), p. 217-224.
- Roupa Z., et al, 2014. Cypriot nurses' knowledge and attitudes towards alternative medicine. *Complement The Clin Pract*, 20(1), p.89-92.
- Schiff PL., 2002. Opium and its alkaloids, *American Journal Pharmaceutical Education*, 66, p.186-194.
- Sevgisun Kapucu & Bilge Bal Ozkaptan, 2014. Views of Turkish Nurses and Physicians about Complementary and Alternative Therapies. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), p.914
- Slevin E., 1999. *Use of presence in community health care nursing*. *In: Interaction for practice in Community Nursing*: Macmillian Press.
- Smelling I., 1990. The role of the family in the relation to chronic pain: review of the literature. I. *Adv Nurse*, 15(7), p.771-775.
- Smith BH et al, 1999. Chronic pain in primary care, *Family Practice*; 16, p.475-482.

- Smith BH et al, 2001. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice*, 18(3), p. 292-299.
- Snell S, Richard, M.D, Ph. D., 1995. Clinical Neuroanatomy for Medical Students. Translated by Papadopoulos. *Medical editions Litsas*.
- Susan C., Dewit, 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική «Έννοιες & Πρακτική»*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Swayne J., 1998. *Homeopathic Method*. Edinburgh, U.K.: Churchill Livingstone.
- Tomlinson A, Williams A., 1985. Communication skills in nursing: A practical account. Nursing. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, [internet] 2 June. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3848758>. [Accessed 20 February 2016].
- Τριχοπούλου, Καλαποθάκη, & Πετρίδου, (2000). «Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία», Αθήνα, Εκδόσεις: Ζήτα.
- Τσασμαλίδης Α., 2003. Ομοιοπαθητική. *Iatronet*, [internet] 12 Δεκεμβρίου. Διαθέσιμο από: <http://www.iatronet.gr>. [Έγινε πρόσβαση στις 20 Φεβρουαρίου 2016].
- Ulrich SP, Canale SW, Wendell SA. *Medical- Surgical Nursing Care Planning Guides*, 3rd Ed, Philadelphia, (1997).
- Vander, M.D., et al, 2001. *Human Physiology, The Mechanisms of Body Function, 8th edition*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Τσακόπουλος. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Α. Πασχαλίδης.
- WHO, 2008. *Traditional medicine*. [Leaflet] World Health Organization Geneva, [internet] December. Available at: <http://www.who.int/en/2008>. [Accessed 9 May 2016].
- Wilkinson JM., Simpson MD., 2001. High use of complementary therapies in a New South Wales rural community. *Austr J Rural Health*, 9(4), p.166–171.
- Χάλαρη Α, Πνευματικές ανάγκες ασθενών. Μία παραμελημένη διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας. Κριτική ανασκόπηση. *Νοσηλευτική*, 46(2), p.226-236.

- Χρονοπούλου, Ξυλαποθήκη, & Πετρίδη, (2000). «Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία», Αθήνα, Εκδόσεις: Ζήτα.
- Yuan-Chi Lin et al, 2005. Use of Complementary and Alternative Medicine in Pediatric Pain Management Service: A Survey. *PAIN MEDICINE*, 6(6).