



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ/ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΛΕΣΙ ΜΕΡΙΕΜΕ

ΦΩΤΙΑΔΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ: Λ. ΜΑΤΣΟΥΛΗ

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
Α΄ ΜΕΡΟΣ	8
1. ΠΟΝΟΣ	8
1.1. Παθοφυσιολογία-Αιτιολογία του πόνου	8
1.2. Μορφές Πόνου.....	9
1.3. Εκτίμηση και Αξιολόγηση του πόνου.....	13
1.4. Αντιμετώπιση του πόνου	16
2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ/Ή ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	19
2.1. Τύποι συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπειών ..	21
3. ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ	22
3.1. Ιστορική αναδρομή της ομοιοπαθητικής.....	22
3.2. Σημαντικά σημεία της ομοιοπαθητικής.....	24
4. ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ.....	26
4.1. Ιστορική αναδρομή του βελονισμού	26
4.2. Εφαρμογή βελονισμού	27
4.3. Σημαντικά σημεία του βελονισμού	27
5. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	29
5.1. Ιστορική αναδρομή της μουσικοθεραπείας.....	29
5.2. Εφαρμογή Μουσικοθεραπείας	30
5.3. Επιδράσεις μουσικοθεραπείας	32
6. ΜΑΣΑΖ	34
6.1. Εφαρμογή του μασάζ	35
7. ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ.....	37
7.1. Ιστορική αναδρομή της ρεφλεξολογίας.....	38
7.2. Εφαρμογή της ρεφλεξολογίας.....	39
7.3. Επιδράσεις της ρεφλεξολογίας.....	40
8. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ.....	42
8.1. Ιστορική αναδρομή του θεραπευτικού αγγίγματος	43

9. ΒΟΤΑΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	45
9.1. Ιστορική αναδρομή της βοτανοθεραπείας	45
9.2. Χρήση της βοτανοθεραπείας	46
9.3. Ανεπιθύμητες ενέργειες των βοτάνων	47
Β' ΜΕΡΟΣ.....	49
1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ/Ή ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	49
1.3. Κίνδυνοι λόγω έλλειψης γνώσεων των CAM θεραπειών.	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	55
Γ' ΜΕΡΟΣ.....	56
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	56
1. Lifetime Modulation of the Pain System via Neuroimmune and Neuroendocrine interactions	56
2. Evidence-based Evaluation of Complementary Health Approaches for Pain Management in the United States	58
3. Hormesis and homeopathy: The artificial twins.....	60
4. Acupuncture for Chronic Pain in the Vermont Medicaid Population: A Prospective, Pragmatic Intervention Trial	61
5. Music as an Adjuvant Therapy in Control of Pain and Symptoms in Hospitalized Adults: A Systematic Review.....	64
6. The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis	66
7. Perspectives on reflexology: A qualitative approach	68
8. Examination of the Use of Healing Touch by Registered Nurses in the Acute Care Setting.....	70
9. Medicinal herbs in the treatment of neuropathic pain: a review.....	72
10. Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis.....	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	78
ΑΡΘΡΑ	78

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος είναι μια δυσμενής κατάσταση και συναντά ασθενείς σε όλο τον κόσμο. Αποτελεί μια δυσάρεστη εμπειρία για τον ασθενή και κατ' επέκταση για την κοινωνία, γι' αυτό χρήζει απαραίτητο κάθε είδος αντιμετώπισης. Η αντιμετώπιση του βρίσκει δυο τρόπους εφαρμογής, την φαρμακευτική αγωγή και τις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες. Στη παρούσα μελέτη, αναλύεται η χρήση και η ωφελιμότητα μερικών συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπειών. Η ομοιοπαθητική, ο βελονισμός, η μουσικοθεραπεία, το μασάζ, η ρεφλεξολογία, η βοτανοθεραπεία και το θεραπευτικό άγγιγμα αποτελούν κάποιες από τις σημαντικές θεραπευτικές αγωγές που χρησιμοποιούνται διεθνώς και σε μεγάλο ποσοστό. Οι ασθενείς έχουν καταφύγει στις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες, είτε γιατί είναι απογοητευμένοι από τα αποτελέσματα της συμβατικής ιατρικής, είτε πιστεύουν πως ο συνδυασμός αυτών των δυο φέρει καλύτερα αποτελέσματα. Σημαντικό ρόλο στην προώθηση αυτών των μεθόδων φέρουν και οι επαγγελματίες υγείας. Τα συστήματα υγείας καταφεύγουν σε νέες διαδικασίες, οι οποίες έχουν επίκεντρο τον ασθενή, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της εμπειρίας αυτού. Για την εκπλήρωση αυτών των στόχων, συμπεριλαμβανομένων των μη φαρμακολογικών προσεγγίσεων για την περίθαλψη των ασθενών, επικεντρώνονται στη διερεύνηση καινοτόμων και δημιουργικών λύσεων. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας προωθούν τις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες ως ευκαιρία για εξατομίκευση της περίθαλψης και νοσηλευτικής πρακτικής με έναν ανθρωπιστικό τρόπο. Το επάγγελμα του νοσηλευτή πρέπει να εξετάσει τον τρόπο αντιμετώπισης των σημερινών ελλείψεων των γνώσεων και των δεξιοτήτων, καθώς παράλληλα παρατηρείται αύξηση της χρήσης των CAM θεραπειών από τους ασθενείς.

Λέξεις-κλειδιά: πόνος, συμπληρωματικές/εναλλακτικές θεραπείες, ομοιοπαθητική, βελονισμός, ρεφλεξολογία, συμπληρωματική/εναλλακτική ιατρική και νοσηλευτική.

ABSTRACT

Pain is an unfavorable situation and appears in patients all over the world. It is an unpleasant experience for the patient and, by extension, for society and it requires every kind of treatment. Pain's treatment has two ways of applying, medication and complementary and/or alternative therapies. This study examines the use and utility of some complementary and/or alternative therapies. Homeopathy, acupuncture, music therapy, massage, reflexology, herbal medicine and healing touch are important treatments that are used internationally and to a large extent. Patients have resorted to complementary and/or alternative therapies either because they are disappointed with the effects of conventional medicine or believe that the combination of these two therapies have better results. Significant role in promoting these methods also involves health professionals. Healthcare systems resort to new procedures to improve patient's effectiveness, safety and experience. To meet these goals, including non-pharmacological approaches to patient care, they focus on exploring innovative and creative solutions. Some health professionals promote complementary and / or alternative treatments as an opportunity to personalize care and nursing practice in a humanistic way. The profession of nurse should exam how to overcome current knowledge and skills deficiencies, as there is an increase in the use of CAM therapies by patients.

Key-words: pain, complementary and/or alternative therapies, homeopathy, acupuncture, reflexology, complementary/alternative medicine and nursing.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος, ως το πέμπτο ζωτικό σημείο, αποτελεί μια σημαντική ανησυχία στις ρυθμίσεις οξείας περίθαλψης ανεξάρτητα από την ηλικία και την ασθένεια (Bai and Jiang, 2015). Αποτελεί μια κατάσταση που εξακολουθεί να απασχολεί τους κλινικούς και τους ερευνητές καθώς έχει σοβαρές επιδράσεις στον ασθενή, στο οικογενειακό του περιβάλλον και γενικότερα στην κοινωνία (Zouikr and Karshikoff, 2017). Όταν ο πόνος γίνεται χρόνιος, αναπτύσσεται σε μια διαταραχή από μόνος του και συνοδεύεται από δυσμενείς συνέπειες, γι' αυτό το λόγο θεωρείται ως μια πολυδιάστατη, αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία (Johnson, 2010). Ο πόνος συνήθως υποβαθμίζεται στην υγειονομική περίθαλψη. Η φροντίδα που παρέχεται είναι συχνά κατακερματισμένη χωρίς ένα ολοκληρωμένο σχέδιο αξιολόγησης ή θεραπείας (Botulinum and Study, 2014), κρίνοντας έτσι απαραίτητη την ανακάλυψη νέων αποτελεσματικών θεραπειών αντιμετώπισης, που θα βασίζονται στον συνδυασμό ανακούφισης, προσαρμογής και αποδοχής του πόνου.

Η αξιολόγηση του πόνου είναι μια κοινωνική συναλλαγή που βασίζεται σε μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και του κλινικού ιατρού. Μέσα από αυτή την σχέση δημιουργείται μια κοινωνική αλληλεπίδραση που περιλαμβάνει τις υποκειμενικές δηλώσεις των ασθενών με τις αντικειμενικές παρατηρήσεις του κλινικού ιατρού. Το 2012, το Πανεπιστήμιο Utah Health Care ανέπτυξε και διηύθυνε ένα εργαλείο αξιολόγησης πόνου που ονομάζεται CAPA (Κλινικά Ευθυγραμμισμένη Αξιολόγηση Πόνου). Η αλλαγή ενός εργαλείου αξιολόγησης είναι μόνο ένα βήμα για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών για τη διαχείριση του πόνου (Torham and Drew, 2017).

Η αντιμετώπιση του πόνου είναι ζωτικής σημασίας τόσο για τον ασθενή, όσο και για την κοινωνία γενικότερα. Στόχος της αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου είναι η αύξηση της ποιότητας ζωής του ασθενή με πολυεπιστημονική και πολυτροπική προσέγγιση (Fanelli and Fanelli, 2015). Υπάρχουν δυο τρόποι αντιμετώπισης του πόνου, αυτός της φαρμακευτικής αγωγής και αυτός που περιλαμβάνει τις εναλλακτικές και/ή συμπληρωματικές θεραπείες. Αυτοί οι δυο τρόποι μπορούν χρησιμοποιηθούν είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους, είτε ξεχωριστά.

Οι φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου περιλαμβάνουν μη οπιοειδή αναλγητικά, παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) και οπιοειδή (Fanelli and Fanelli, 2015). Ο δεύτερος τρόπος αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου είναι η χρήση συμπληρωματικών

και/ή εναλλακτικών θεραπειών, όπου αποτελούν μία ομάδα που περιλαμβάνει θεραπείες που χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά και/ή εναλλακτικά στη θέση της συμβατικής ιατρικής που ασκείται από κατόχους M.D. ιατρούς και από τους συναφείς επαγγελματίες υγείας (Lee F., et al., 2010).

Το NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) χαρακτηρίζει τη θεραπεία των CAM (Complementary Alternative Medicine) σε ιατρικά συστήματα και 4 τομείς που βασίζονται: στις βιολογικές πρακτικές, στην ιατρική σώματος-μυαλού, στην χειροπρακτική βασισμένη στις πρακτικές σώματος και στην ενεργειακή ιατρική (Lee and Raja, 2011). Είναι όμως πιθανό ότι μερικές από αυτές τις θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές και έχουν λιγότερες παρενέργειες από τις συμβατικές μεθόδους (Konnicka *et al.*, 2008). Οι CAM περιλαμβάνουν θεραπευτικές αγωγές όπως χαλάρωση, διαλογισμός, ύπνωση, ομοιοπαθητική, χειροπρακτική, βελονισμός, μασάζ, μουσικοθεραπεία, αρωματοθεραπεία, βοτανικές θεραπείες κ.ά. (Wirth, Hudgins and Paice, 2005). Στην παρούσα μελέτη θα αναλυθούν μερικοί τύποι συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπειών, οι οποίοι είναι η ομοιοπαθητική, ο βελονισμός, η μουσικοθεραπεία, το μασάζ, η ρεφλεξολογία, το θεραπευτικό άγγιγμα και η βοτανοθεραπεία.

Η ομοιοπαθητική υποστηρίζει μια θεραπευτική αντίδραση από μικρές δόσεις μιας ουσίας, υψηλές δόσεις της οποίας προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που εμφανίζονται στον ασθενή λόγω της πάθησης (Jargin, 2015). Βασικό θεμέλιο της ομοιοπαθητικής είναι ο νόμος των ομοίων, δηλαδή η ασθένεια θεραπεύεται από ένα φάρμακο που προκαλεί στον υγιή τα ίδια νοσηρά συμπτώματα με αυτά της ασθένειας (Barθολομαίος, 2003).

Ο βελονισμός είναι μια ευεργετική και πολύτιμη μη φαρμακολογική θεραπεία που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση παθήσεων υγείας και αποτελεί μέρος της πρακτικής των παραδοσιακών κινέζικων φαρμάκων, που είναι η πιο διαρκής θεραπευτική παράδοση. Ο όρος βελονισμός περιγράφει μια ομάδα διαδικασιών (εισαγωγή βελόνων στο δέρμα) που διεγείρουν ακριβείς ανατομικές θέσεις από μια ποικιλία τεχνικών για την παραγωγή κλινικών αποτελεσμάτων (Dorsher, 2011). Τέλος, κρίνεται απαραίτητο να ασκείται από επαγγελματίες υγείας με πιστοποιημένη άδεια άσκησης σε κάθε χώρα (Shengelia *et al.*, 2013).

Η μουσικοθεραπεία είναι η χρήση της μουσικής ή/και των στοιχείων της (ήχος, ρυθμός, μελωδία, αρμονία, δυναμική και ταχύτητα) για την επίτευξη εξατομικευμένων στόχων σε θεραπευτική σχέση από έναν διαπιστευμένο επαγγελματία, ο οποίος έχει

ολοκληρώσει ένα εγκεκριμένο πρόγραμμα μουσικοθεραπείας. Η μουσική είναι σε θέση να βελτιώσει την ψυχική, την κρατική και την κοινωνική λειτουργία σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών (Mofredj *et al.*, 2016).

Η θεραπεία με μασάζ είναι μια από τις πιο δημοφιλείς πρακτικές CAM και πολλές μελέτες έχουν επικυρώσει τα ευεργετικά αποτελέσματα της στη διαχείριση των πόνων από διάφορες καταστάσεις (Kukimoto, Ooe and Ideguchi, 2017). Το μασάζ, μια μη φαρμακολογική παρέμβαση, χρησιμοποιείται ευρέως για τη διαχείριση των πόνων και έχει γίνει μια αναπτυξιακή υποστηρικτική τεχνική φροντίδα (Chik, Ip and Choi, 2017).

Οι ορισμοί της ρεφλεξολογίας μεταδίδουν ότι η βασική αρχή πίσω από την ρεφλεξολογία είναι ότι τα άκρα συνδέονται με όλα τα άλλα μέρη και τα εσωτερικά όργανα του ανθρώπινου σώματος και ότι ακόμη υπάρχει σχέση μεταξύ οργάνων και συστημάτων. Χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες στρατηγικές πίεσης στο πόδι ή στο χέρι είναι εφικτή η επούλωση ολόκληρου του σώματος (Gunnarsdottir, 2014).

Το θεραπευτικό άγγιγμα είναι ένας τύπος συμπληρωματικής θεραπείας που χρησιμοποιεί ήπια επαφή και ενεργειακές τεχνικές. Οι τεχνικές αυτές επηρεάζουν το ανθρώπινο ενεργειακό σύστημα, μέσα στο σώμα (ενεργειακά κέντρα) και στο περιβάλλον του σώματος (ενεργειακά πεδία), τα οποία προστατεύουν τη φυσική ικανότητα του σώματος. Το θεραπευτικό άγγιγμα επικεντρώνεται στη δημιουργία μιας ενεργητικής ισορροπίας ολόκληρου του σώματος στο φυσικό, συναισθηματικό και πνευματικό επίπεδο (Umbrett, 2014).

Τα φυτικά φάρμακα και οι φυτικές θεραπείες, που χρησιμοποιούνται εδώ και χιλιάδες χρόνια, συνεχίζουν να καταλαμβάνουν ένα μέρος κεντρικής σημασίας σε πολλές θεραπευτικές παραδόσεις του κόσμου (Plotnikof, 2006). Η χρήση φυτικών θεραπειών αποτελεί γνωστή μέθοδο για τη θεραπεία του πόνου και την προώθηση της ευημερίας. Πολλοί άνθρωποι αναζητούν, μέσω της βοτανοθεραπείας, μέσα αυτοβοήθειας και πρόληψης των ασθενειών (Dollemore, *et al.*, 2004).

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στην παροχή φροντίδας μέσω των συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπειών, γι' αυτό η εμπλοκή τους είναι σημαντική για τη συνεχιζόμενη επιτυχία μιας ολοκληρωμένης θεραπείας. Ένας από τους στόχους των επαγγελματιών υγείας, για την εξέλιξη της υγειονομικής περίθαλψης, είναι η περαιτέρω ενσωμάτωση της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, για τη συμπλήρωση των παρεμβάσεων, των οποίων λάμβαναν οι ασθενείς (Pestka and Cutshall, 2014).

Α' ΜΕΡΟΣ

1. ΠΟΝΟΣ

Η IASP (International Association for the Study of Pain) ορίζει ως πόνο μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή μη βλάβη ιστού ή που περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης (Katz, Rosenbloom and Fashler, 2015).

Ως υποκειμενική και πολυδιάστατη εμπειρία (Cole and LoBiondo-Wood, 2014), ο πόνος αποτελεί μια σημαντική ανησυχία στις ρυθμίσεις οξείας περίθαλψης ανεξάρτητα από την ηλικία και την ασθένεια. Επίσης έχει εξεταστεί ως το πέμπτο ζωτικό σημείο κατά την τελευταία δεκαετία (Bai and Jiang, 2015).

Ο πόνος έχει αξία επιβίωσης. Χρησιμεύει ως προειδοποίηση για διαταραχές του οργανισμού, οι οποίες συχνά σηματοδοτούν τραυματισμό ή ασθένεια. Ενθαρρύνει την αναζήτηση για ιατρική βοήθεια, συμβάλλει στη διαδικασία επούλωσης με την προώθηση της ανάπαυσης και της αποκατάστασης. Ο πόνος ενθυμίζει παρελθόντα βλαβερά γεγονότα και καταστάσεις, διδάσκει τι θα πρέπει να αποφύγει ο ασθενής στο μέλλον και ενθαρρύνει την προτροπή για το τερματισμό του (Katz, Rosenbloom and Fashler, 2015).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, 2011), ο πόνος συνήθως υποβαθμίζεται στην υγειονομική περίθαλψη. Η φροντίδα του πόνου που παρέχεται είναι συχνά κατακερματισμένη χωρίς ένα ολοκληρωμένο σχέδιο αξιολόγησης ή θεραπείας και οι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίσουν με δυσκολία την απόκτηση του πλήρους φάσματος πιθανών θεραπειών (Botulinum and Study, 2014).

1.1. Παθοφυσιολογία-Αιτιολογία του πόνου

Ιστορικά, ο πόνος χωρίς εμφανή ανατομική ή νευρο-φυσιολογική προέλευση χαρακτηρίστηκε ως ψυχοπαθολογικός. Επιπλέον πολλοί ανεξήγητοι πόνοι έχουν πλέον κατανοηθεί ότι περιλαμβάνουν μια αλληλεπίδραση μεταξύ περιφερικών και κεντρικών νευρο-φυσιολογικών μηχανισμών που έχουν πάει στραβά (Katz, Rosenbloom and Fashler, 2015).

Από νευρο-βιολογική άποψη ο πόνος περιλαμβάνει φλεγμονώδη και/ή νευροπαθητικά στοιχεία. Ο πόνος είναι το πρώτο στάδιο μιας πρώιμης προειδοποίησης φυσιολογικής προστασίας (Katz, Rosenbloom and Fashler, 2015).

Ο πόνος που προκαλείται από φλεγμονώδεις εισροές, συνήθως οφείλεται σε βλάβη των ιστών όπως τραυματισμό, τραύμα χειρουργικής επέμβασης. Ο τραυματισμός ιστού ενεργοποιεί έναν καταρράκτη νευρομοριακών ανοσοαποκρίσεων που οδηγεί σε οίδημα και ερυθρότητα, ενθαρρύνει την ανάπαυση και προωθεί την ανάκαμψη (Katz, Rosenbloom and Fashler, 2015).

Σε μια κατάσταση όπου η αίσθηση του πόνου παραμένει παρά το μετριασμό της άμεσης αιτίας, χάνει τα προειδοποιητικά και αμυντικά χαρακτηριστικά της και γίνεται η ίδια η ασθένεια, η οποία είναι δύσκολη για θεραπεία λόγω της ετερογένειας της προέλευσής της (Malek and Starowicz, 2016).

1.2. Μορφές Πόνου

Η αμερικάνικη κοινωνία για τη νοσηλευτική διαχείριση του πόνου ταξινομεί τον πόνο σε:

- 1) Οξύ πόνο (0-7 μέρες σε διάρκεια, όπως ο διαδικαστικός πόνος). Αποτελεί μια οξεία έξαρση μιας επαναλαμβανόμενης οδυνηρής κατάστασης (εμφανίζεται σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο, π.χ. ημικρανία, κεφαλαλγία).
- 2) Χρόνιο πόνο, που είναι επίμονος πόνος, ο οποίος διαρκεί περισσότερο από τον αναμενόμενο χρόνο επούλωσης, όπως ο πόνος χαμηλής πλάτης και ο καρκινικός πόνος (που προκαλείται από πιθανές απειλητικές για τη ζωή συνθήκες) (Cole and LoBiondo-Wood, 2014).

- Οξύς Πόνος

Ο οξύς πόνος είναι ένα προσαρμοστικό φαινόμενο που σηματοδοτεί τον επικείμενο κίνδυνο (Smelser and Batles, 2001). Πιο συγκεκριμένα, ως οξύς πόνος ορίζεται ο πόνος που μας προειδοποιεί για τραυματισμό ή ασθένεια. Είναι προσαρμοστικός βραχυπρόθεσμα όταν σηματοδοτεί βλάβη ιστού ή της νόσου μέσω των εισβολών που προκαλούν αλλεργίες και φλεγμονές (Cole and LoBiondo-Wood, 2014).

Με άλλα λόγια, ο οξύς πόνος αποτελεί μήνυμα ότι υπάρχει κάποιος τραυματισμός ιστού, κάποια φλεγμονή ή λοίμωξη που μπορεί να απαιτήσει άμεση προσοχή. Στον οξύ πόνο, τυπικά το νευρικό ανασταλτικό σύστημα ενεργοποιείται ταχέως και τότε η διαδικασία του πόνου αρχίζει να μειώνεται (Palermo and Zeltzer, 2008). Ο οξύς πόνος

είναι σημαντικός για τη διάγνωση και τον εντοπισμό της νόσου και για την αποφυγή ή την ελαχιστοποίηση της βλάβης των ιστών (Malek and Starowicz, 2016).

Είναι συνήθως σύντομος και τελειώνει λίγο μετά την εμφάνιση της οξείας βλάβης, αφού θεραπευτεί μετά την υποχώρηση της φλεγμονής ή όταν έχει επιλυθεί η έκταση, συστολή ή πρόσκρουση στο τμήμα του σώματος. Αυτός ο τύπος πόνου μπορεί να είναι ήπιος έως σοβαρός, αλλά οι πιο οξείες καταστάσεις του πόνου είναι εύκολα διαγνωστικές, πράγμα που σημαίνει ότι η πηγή ανακαλύπτεται αρκετά εύκολα. Παρόλο που η πηγή μπορεί να είναι γνωστή (π.χ. χειρουργική επέμβαση), η σωματική κίνηση, τα συναισθήματα, οι πεποιθήσεις και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. τι κάνουν και λένε οι γιατροί, νοσηλευτές και γονείς) μπορούν να επηρεάσουν τόσο τη σοβαρότητα, τη διάρκεια του πόνου, καθώς και τη διαχείριση του (Palermo and Zeltzer, 2008).

Ο οξύς πόνος συνδέεται κάποιες φορές με συμπαθητική υπερδραστηριότητα και αυξημένη δυσφορία. Επίσης, σχετίζεται συχνά χρονικά με την εμφάνιση ή εκ νέου εμφάνιση πρωτοπαθούς ή μεταστατικής νόσου και η παρουσία του πρέπει να παρακινήσει τον κλινικό για να αντιμετωπίσει την αιτία του και να προσαρμόσει το φαρμακολογικό θεραπευτικό σχήμα (Benzon, et al., 2013).

Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν οξύ πόνο για 4 έως 6 εβδομάδες μετά από μείζονα χειρουργική επέμβαση. Αυτός ο τύπος πόνου υποβαθμίζεται σε μεγάλο βαθμό και αξίζει ιδιαίτερης προσοχής επειδή μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί δραστηριότητες καθημερινής ζωής μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο (Benzon, et al., 2013).

Ολοκληρώνοντας και επαναλαμβάνοντας με λίγα λόγια, ο οξύς πόνος είναι ένας από τους ενεργοποιητές της σύνθετης νευροθωρακικής και ανοσολογικής απόκρισης σε τραυματισμό και τόσο οι αποκρίσεις των περιφερικών όσο και των κεντρικών τραυματισμών έχουν μείζονα επίδραση στους οξειδους μηχανισμούς του πόνου. Έτσι, ο οξύς πόνος και οι τραυματισμοί διαφόρων τύπων είναι αναπόφευκτα αλληλένδετοι και εάν είναι σοβαροί και παρατεταμένοι, η αντίδραση τραυματισμού καθίσταται αντιπαραγωγική και μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην έκβαση (Taiwe and Kuete, 2017).

- Χρόνιος Πόνος

Σύμφωνα με την IASP, ο χρόνιος πόνος ορίζεται ως πόνος χωρίς εμφανή βιολογική αξία, που διαρκεί περισσότερο από τον τυπικό χρόνο επούλωσης και δεν ανταποκρίνεται στις ιατρικές θεραπείες (Katz, Rosenbloom and Fashler, 2015).

Ο χρόνιος πόνος με μέτρια έως σοβαρή ένταση είναι ευρέως διαδεδομένο πρόβλημα που επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες του ανθρώπου (Horton and MacPherson, 2010). Αποτελεί μια εξαιρετικά ανενεργή κατάσταση, η οποία μειώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών (Fanelli and Fanelli, 2015), καθώς καταλαμβάνει τον πυρήνα του ατόμου προκαλώντας αγωνία και ταλαιπωρία (Katz, Rosenbloom and Fashler, 2015). Ο χρόνιος πόνος ορίζεται ως οποιοσδήποτε πόνος που συνεχίζεται πέρα από τη συνήθη πορεία μιας διαδικασίας οξείας βλάβης. Μπορεί να είναι επικίνδυνο να τεθεί ένα αυθαίρετο χρονικό όριο, όπως 6 μήνες, σε αυτόν τον ορισμό. Για παράδειγμα, ο πόνος ενός σπασμένου καρπού πρέπει να διαρκεί το πολύ 2 εβδομάδες. Οποιοσδήποτε συνεχιζόμενος πόνος μπορεί να υποδηλώνει αντανεκλαστική συμπαθητική δυστροφία. Η αναμονή 6 μηνών για να θεωρηθεί αυτός ο πόνος χρόνιος θα μπορούσε να αφήσει τον ασθενή με μόνιμη αναπηρία (Mushlin and Greene, 2010).

Αυτή η μορφή πόνου μπορεί να προκληθεί από χρόνιες σωματικές ή σπλαχνικές παθολογικές καταστάσεις, από δυσλειτουργία του περιφερικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος, ή από ψυχολογικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες (Konvicka *et al.*, 2008). Επίσης, προκαλεί επιζήμιες συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής δυσφορίας, της απώλειας θέσεων εργασίας, της κοινωνικής απομόνωσης, της απώλειας της ανεξαρτησίας και φυσικά δεν αποτελεί έκπληξη ότι είναι συνυφασμένος με την κατάθλιψη και το άγχος (Katz, Rosenbloom and Fashler, 2015). Αξίζει να αναφερθεί αναλυτικότερα ότι οι ασθενείς με συνεχή πόνο αναπτύσσουν βλαστικά σημεία όπως: διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη, δυσκοιλιότητα, αυξημένη ευερεθιστότητα, μειωμένη λίμπιντο, ψυχοκινητική καθυστέρηση και μειωμένη ανοχή στον πόνο (Mushlin and Greene, 2010). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί πως ο χρόνιος πόνος συνδέεται με υψηλή συχνότητα ψυχιατρικής συν-νοσηρότητας και συχνά εμφανίζεται με άλλες πρωτογενείς διαγνώσεις, όπως μια φλεγμονώδης νόσος. Σημαντικό είναι επίσης να σημειωθεί πως σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχθεί ότι η στεφανιαία νόσος, οι μεταβολικές διαταραχές καθώς και το άγχος αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του χρόνιου πόνου (Zouikr and Karshikoff, 2017).

Όταν ο πόνος γίνεται χρόνιος, αναπτύσσεται σε μια διαταραχή από μόνος του και συνοδεύεται από αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες. Επομένως, ο πόνος πρέπει να θεωρείται ως μια πολυδιάστατη, αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία. Μία

βιολογική προοπτική του χρόνιου πόνου βασίζεται στην άποψη ότι οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμπειρία του πόνου, με το 30% των ασθενών να παρουσιάζουν κλινική κατάθλιψη, (Mushlin and Greene, 2010) και ότι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν στην αξιολόγηση και τη θεραπεία (Smelser and Batles, 2001).

Η θεραπεία του πόνου μιας χρόνιας φύσης απαιτεί συνδυασμό ανακούφισης, προσαρμογής και αποδοχής. Με τον καιρό, εμφανίζεται η βιολογική συμπεριφορά και η προσαρμογή της συμπεριφοράς στα συμπτώματα και υπάρχει περίπτωση τα συμπτώματα που σχετίζονται με αυτά να αμβλυνθούν (Benzon, et al., 2013). Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια κατάσταση που εξακολουθεί να απασχολεί τους κλινικούς και τους ερευνητές. Παρά την έντονη έρευνα, δεν είναι ακόμη σαφές γιατί κάποια άτομα αναπτύσσουν χρόνιο πόνο ενώ άλλα όχι, και πώς να θεραπεύσουν αυτή την ασθένεια. Αξίζει να τονιστεί πως ο χρόνιος πόνος δεν πρέπει να αντιμετωπιστεί απλά ως αποτέλεσμα της παρεκκλίνουσας νευρωνικής δραστηριότητας δυσμενών εμπειριών πρώιμης ζωής που επηρεάζουν τα ενδοκρινικά, ανοσοποιητικά και νευρικά συστήματα ενός ατόμου (Zouikr and Karshikoff, 2017).

Ο χρόνιος πόνος είναι μια επικρατούσα κατάσταση που δημιουργεί εκτεταμένη ταλαιπωρία και τεράστιο κόστος για την κοινωνία. Περιγράφεται ευρέως ως εμπειρία μυαλού-σώματος. Οι περιορισμοί των συμβατικών μεθόδων θεραπείας υποδηλώνουν ότι απαιτούνται νέες προσεγγίσεις. Η μείωση του στρες με βάση την ευαισθησία είναι μια δημοφιλής παρέμβαση στο μυαλό και το σώμα που μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς με χρόνιο πόνο να τον αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα (Greeson and Maul-Eisenlohr, 2014).

Ολοκληρώνοντας, να επισημανθεί ξανά πως ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια χρονοβόρα κατάσταση που δημιουργεί εκτεταμένη ταλαιπωρία στον ασθενή και το περιβάλλον του, ενώ επίσης έχει αρνητικές επιδράσεις και στην κοινωνία γενικότερα. Επιμένει με την πάροδο του χρόνου και είναι συχνά ανθεκτικός σε ιατρική θεραπεία (Malek and Starowicz, 2016). Γι' αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η ανακάλυψη νέων και αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου καθώς και η ενημέρωση-εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για να μπορούν να απαλλάξουν και να ανακουφίσουν τους ασθενείς τους.

1.3. Εκτίμηση και Αξιολόγηση του πόνου

Η μέτρηση του πόνου με τη χρήση του NRS (Numeric Rate Scale) και η διεξαγωγή ερευνών ικανοποίησης ασθενών σχετικά με τη φροντίδα του πόνου σε κλινικά περιβάλλοντα δεν κατάφεραν να λύσουν το πρόβλημα του υποτονικού πόνου. Λόγω ανησυχιών σχετικά με τα ανεπαρκή εργαλεία μέτρησης του πόνου και τις πιθανές επιδράσεις που σχετίζονται με τα οπιοειδή, οι γιατροί για υπεύθυνη συνταγογράφηση οπιοειδών έγραψαν επιστολή τον Απρίλιο του 2016 στην Κοινή Επιτροπή απαιτώντας επανεκτίμηση των προτύπων διαχείρισης του πόνου (Scher *et al.*, 2017).

Οι Schiavenato και Craig (2010) υποστήριξαν ότι η αξιολόγηση του πόνου είναι μια κοινωνική συναλλαγή που βασίζεται σε μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και του κλινικού ιατρού. Αυτή η έννοια εισάγει τον κλινικό ιατρό ως κρίσιμο μέρος της διαδικασίας. Σημείωσαν ότι συμπεριλαμβάνοντας τον κλινικό γιατρό στην αξιολόγηση, δημιουργείται μια κοινωνική αλληλεπίδραση που περιλαμβάνει τις υποκειμενικές δηλώσεις ασθενών, με τις αντικειμενικές παρατηρήσεις του κλινικού ιατρού. Η αξιολόγηση του πόνου γίνεται μια συνεχής διαδικασία που ξεπερνά μια μονοδιάστατη προσέγγιση (Torham and Drew, 2017).

Η CAPA (Κλινικά Ευθυγραμμισμένη Αξιολόγηση Πόνου) είναι ένα πολύπλευρο εργαλείο αξιολόγησης του πόνου που υιοθετήθηκε σε μεγάλο βαθμό στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο Midwest για να αντικαταστήσει την αριθμητική κλίμακα για ενήλικες ασθενείς που θα μπορούσαν να αναφέρουν τον πόνο τους (Torham and Drew, 2017).

Η χρήση του εργαλείου υποστηρίζεται από την προϋπόθεση, ότι η αξιολόγηση του πόνου συνεπάγεται με κάτι παραπάνω από την ένταση του πόνου και αυτή η αξιολόγηση αποτελεί μια ανταλλαγή νοήματος μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας από εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Τον Δεκέμβριο του 2013, το Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου της Μινεσότα ξεκίνησε ένα έργο βελτίωσης της ποιότητας του πόνου, που συνέβαλε στη μετατροπή της κουλτούρας της εκτίμησης του πόνου. Το ίδρυμα αντιμετώπισε χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης ασθενών όσον αφορά τη διαχείριση του πόνου. Παρόλο που υπήρχαν πολλαπλά εργαλεία αξιολόγησης του πόνου, ανάλογα με την προτίμηση ή την ανάγκη του ασθενούς, το προεπιλεγμένο εργαλείο ήταν η αριθμητική κλίμακα (0-10) για ενήλικες ασθενείς που μπορούσαν να αναφέρουν τον πόνο (Torham and Drew, 2017).

Τα περισσότερα από τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για την αυτοαναφορά του πόνου τους είναι μονοδιάστατα, υποδεικνύοντας

μόνο ένταση πόνου. Είναι γρήγορα, εύχρηστα και οικονομικά. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης, την οπτική αναλογική κλίμακα, την κλίμακα του πόνου Faces-Revised, τη κλίμακα πόνου Iowa και την κλίμακα περιγραφικών λεκτικών (Torham and Drew, 2017).

Πολυδιάστατες κλίμακες που περιλαμβάνουν αισθητικές, συναισθηματικές και εκτιμητικές πτυχές χρησιμοποιούνται σε εξωτερικούς ασθενείς για τη διαχείριση του επίμονου πόνου. Παραδείγματα περιλαμβάνουν το ερωτηματολόγιο McGill Pain, την κλίμακα χρόνιου πόνου, την υποκλίμακα βραχείας μορφής 36 σωματικού πόνου και το σύντομο απόθεμα πόνου. Επειδή αυτά τα εργαλεία απαιτούν 5-30 λεπτά από την προσοχή ενός ασθενούς και είναι πιο περίπλοκα για βαθμολογία, είναι λιγότερο χρήσιμα για την αξιολόγηση του πόνου σε μια κατάσταση οξείας φροντίδας (Torham and Drew, 2017).

Δυστυχώς, οποιαδήποτε μονοδιάστατη κλίμακα που προορίζεται για τη μέτρηση της έντασης του πόνου δεν δικαιολογεί την πολυπλοκότητα της εμπειρίας του πόνου του ασθενούς. Μια αριθμητική τιμή, για παράδειγμα, είναι μόνο ένα σημείο δεδομένων το οποίο δεν έχει νόημα μέχρι να τεθεί σε συνάρτηση. Οι De. C. Williams, Davies και Chadury (2000) μελέτησαν τη χρήση κλιμάκων απλής βαθμολόγησης πόνου και βρήκαν ότι, οι ασθενείς με χρόνιο πόνο είχαν δυσκολία να βαθμολογήσουν τον πόνο με ένα μόνο σκορ. Ένας ασθενής σημείωσε δυσκολία στην ταυτοποίηση του μέγιστου πόνου, δηλώνοντας ότι ο αριθμός επηρεάζεται από τους χρονικούς παράγοντες και την αίσθηση της απελπισίας (Torham and Drew, 2017).

Οι Franck και Bruce (2009) πρότειναν ότι «η κακή συμμόρφωση με την κατευθυντήρια γραμμή αξιολόγησης του πόνου μπορεί να υποδηλώνει την ανυποχώρητη αντίσταση στη χρήση μεθόδων που είναι υπερβολικά απλοϊκές, επιβαρυντικές για τους ασθενείς, συχνά ανακριβείς και ίσως ακόμη και ανυπόμονες προς την κλινική πείρα και την εμπειρία». Ο Von Baeyer και ο Pasero (2017) ισχυρίστηκαν επίσης ότι οι νοσηλευτές αναπτύσσουν «εργασία» στο να εκτιμήσουν τον πόνο επειδή η βαθμολόγηση του πόνου είναι περίπλοκη, διαζευγμένη από την κοινή λογική, δεν λαμβάνει υπόψη την κοινωνική σχέση και την επικοινωνία με τους ασθενείς (Torham and Drew, 2017).

Η ένταση του πόνου μόνο, όπως μετράται από την αριθμητική κλίμακα αξιολόγησης (NRS), δεν μπορεί να συλλάβει την πολυπλοκότητα της εμπειρίας του. Επιπρόσθετα, όπως επισημαίνουν οι Schiavenato και Craig (2010), οι ασθενείς ρυθμίζουν τους αριθμούς των πόνων για να εκφράσουν αυτό που πιστεύουν ότι είναι προς το

συμφέρον τους. Για παράδειγμα, οι ασθενείς μπορεί να «φουσκώσουν» τις αριθμητικές βαθμολογίες έτσι ώστε να είναι βέβαιοι ότι οι κλινικοί γιατροί εκτιμούν την ταλαιπωρία τους και προκαλούν μια παρέμβαση. Άλλοι ασθενείς μπορεί να αποπληθωρίσουν τις βαθμολογίες αριθμών για να αποφύγουν μια οδυνηρή ένταση ή τις παρενέργειες ενός αναλγητικού. Ο αριθμός που δίνεται από τον ασθενή μπορεί να μην αντικατοπτρίζει τη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να δώσει ένα χαμηλό αριθμό ακόμη και αν δεν είναι σε θέση να κινηθεί λόγω του πόνου ή να δώσει ένα υψηλό αριθμό παρά να αναφέρει την πραγματική τιμή (Topham and Drew, 2017).

Το 2012, το Πανεπιστήμιο Utah Health Care ανέπτυξε και διηύθυνε ένα εργαλείο αξιολόγησης πόνου που ονομάζεται CAPA (Κλινικά Ευθυγραμμισμένη Αξιολόγηση Πόνου) μετά τον εντοπισμό των περιορισμών του NRS. Το εργαλείο τους αποτελείται από πέντε ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την άνεση, την αλλαγή στον πόνο, τον έλεγχο του πόνου, τη λειτουργία και τον ύπνο (Topham and Drew, 2017).

Το εργαλείο CAPA αναγνωρίζει ότι η εμπειρία του πόνου είναι κάτι περισσότερο από έναν αριθμό. Εκτός από τη μέτρηση της έντασης του πόνου, εξετάζει επίσης την επίδραση του πόνου στη λειτουργικότητα και τον ύπνο, καθώς και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Δεν υπάρχουν γραπτές ερωτήσεις για να ρωτήσετε τον ασθενή. Η προσδοκία είναι ότι ο ασθενής και ο κλινικός γιατρός συμμετέχουν σε μια σύντομη συζήτηση για τον πόνο που οδηγεί σε κωδικοποιημένη αξιολόγηση. Ο επαγγελματίας υγείας δεν παρέχει τις απαντήσεις και ζητάει από τον ασθενή να τις δώσει ο ίδιος. Οι απαντήσεις εμφανίζονται μέσα από τη συνομιλία. Ορισμένα ερωτήματα του δείγματος κατά την αξιολόγηση του πόνου μπορεί να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Πόσο άνετα είστε;
- Βιώνετε κάποιο πόνο;
- Η δυσφορία σας βελτιώνεται ή επιδεινώνεται;
- Έχει βοηθήσει το φάρμακο / το θερμαντικό μαξιλάρι / ο πάγος να διαχειριστείτε τον πόνο σας;
- Είστε σε θέση να κάνετε ό, τι σας ζητάει το προσωπικό (π.χ., περπάτημα, βήχας, φυσική θεραπεία);
- Είστε σε θέση να κοιμηθείτε; Ο πόνος σας ξυπνά;

Η αλλαγή ενός εργαλείου αξιολόγησης είναι μόνο ένα βήμα για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών για τη διαχείριση του πόνου. Πιστεύεται ότι ο πόνος είναι μια κοινωνική συναλλαγή μεταξύ ασθενών και κλινικών ιατρών, όπως υποστηρίζει ο Schiavenato και ο Craig (2010). Η αξιολόγηση του πόνου είναι η ενδο-υποκειμενική ανταλλαγή της σημασίας μεταξύ των ασθενών και των κλινικών ιατρών. Πρόκειται για μια διαδικασία που βρίσκεται σε εξέλιξη και εξαρτάται, τόσο από εσωτερικούς όσο και από εξωτερικούς παράγοντες που συνυπάρχουν (Topham and Drew, 2017).

Αυτή η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της αντικατάστασης της αριθμητικής κλίμακας αξιολόγησης με το εργαλείο CAPA άλλαξε την κουλτούρα ενός νοσοκομείου διευρύνοντας την κατανόηση της εκτίμησης του πόνου πέρα από εκείνη ενός απλού βαθμού έντασης πόνου. Η εφαρμογή παρείχε ένα εργαλείο που έδινε νόημα στους ασθενείς και στους νοσηλευτές, ήταν γρήγορο και εύκολο στη χρήση, υποστήριζε την κλινική λήψη αποφάσεων από τους νοσηλευτές για τη διαχείριση του πόνου του ασθενούς και αναγνωρίστηκε από τους ρυθμιστικούς οργανισμούς ως αποδεκτό εργαλείο αξιολόγησης του πόνου (Topham and Drew, 2017).

1.4. Αντιμετώπιση του πόνου

Στόχος της αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου είναι η αύξηση της ποιότητας ζωής του ασθενή με πολυεπιστημονική και πολυτροπική προσέγγιση (Fanelli and Fanelli, 2015). Υπάρχουν δυο τρόποι αντιμετώπισης του πόνου, αυτός της φαρμακευτικής αγωγής και αυτός που περιλαμβάνει τις εναλλακτικές και/ή συμπληρωματικές θεραπείες. Αυτοί οι δυο τρόποι μπορούν χρησιμοποιηθούν, είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους, είτε ξεχωριστά.

- Φαρμακευτική αγωγή

Οι φαρμακολογικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου περιλαμβάνουν μη οπιοειδή αναλγητικά, παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) και οπιοειδή. Κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση του συνιστούν τα οπιοειδή για τη θεραπεία του μέτριου έως σοβαρού πόνου σε ασθενείς, των οποίων ο πόνος δεν ανταποκρίθηκε στις αρχικές θεραπείες με παρακεταμόλη ή/και ΜΣΑΦ. Παρά το γεγονός ότι η αναλγητική αποτελεσματικότητα των οπιοειδών είναι καλά αναγνωρισμένη, οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να επηρεάσουν την καθημερινή λειτουργία και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Fanelli and Fanelli, 2015).

Λόγω της ανομοιογένειας της χρόνιας προέλευσης του πόνου, λείπουν ικανοποιητικές θεραπείες για την αντιμετώπιση του, με αποτέλεσμα την επείγουσα ανάγκη για ανάπτυξη νέων θεραπειών (Malek and Starowicz, 2016). Προς το παρόν, για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ως πρώτη γραμμής είναι η παρακεταμόλη και τα ΜΣΑΦ. Παρόλο που χρησιμοποιούνται ευρέως στη θεραπεία του πόνου, τα ΜΣΑΦ δεν παρέχουν πάντοτε επαρκή ανακούφιση και διατρέχουν τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένου του θανάτου με εσωτερική αιμορραγία και σοβαρή νεφρική βλάβη (Malek and Starowicz, 2016). Επίσης ως μια βιώσιμη εναλλακτική λύση έναντι των ισχυρών αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου αποτελούν και τα ενδοκανναβινοειδή. Έχουν χρησιμοποιηθεί ως αναλγητικά σε μοντέλα οξείας αλλοίωσης του χρόνιου πόνου, όπως φλεγμονή και οδυνηρή νευροπάθεια. Ο κύριος περιορισμός των εξωγενών αγωνιστών του υποδοχέα κανναβινοειδών είναι ο αριθμός των παρενεργειών του ΚΝΣ, συμπεριλαμβανομένης της δυσμορφίας, των κινητικών διαταραχών, της ζάλης, της απώλειας μνήμης, των δυνατοτήτων κατάχρησης φαρμάκων και της εξάρτησης (Malek and Starowicz, 2016).

Στις περιπτώσεις που ο χρόνιος πόνος των ασθενών δεν ανταποκρίνεται στα φάρμακα πρώτης γραμμής, παρακεταμόλη και ΜΣΑΦ, τότε χρησιμοποιούνται τα οπιοειδή. Σύμφωνα με τον Katz «τα οπιοειδή δεν είναι τα ίδια με άλλα αναλγητικά και πρέπει να μελετηθούν κατά τρόπο που αντανάκλα την κατάλληλη κλινική χρήση τους» (Roy *et al.*, 2017). Οι οικογενειακοί γιατροί πρέπει να λάβουν υπόψη τους την ηλικία του ασθενούς, την ψυχιατρική κατάσταση, τον κίνδυνο εξάρτησης και άλλους παράγοντες όταν συνταγογραφούν οπιοειδή για χρόνιο πόνο (Kahan *et al.*, 2011). Οι κίνδυνοι υπερδοσολογίας, καταστολής, κακής χρήσης και εθισμού μπορούν να ελαχιστοποιηθούν μέσω στρατηγικών προσαρμοσμένων στην ηλικία και την κατάσταση των ασθενών, όπως χαμηλότερες αρχικές δόσεις, βραδύτερη τιτλοποίηση και προσεκτική εκπαίδευση των ασθενών (Kahan *et al.*, 2011).

Αυτές και άλλες βλάβες που σχετίζονται με τα οπιοειδή μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με μια εξατομικευμένη προσέγγιση στη συνταγογράφηση οπιοειδών, προσαρμοσμένη στην κατάσταση της υγείας των ασθενών και τους παράγοντες κινδύνου. Οι ασθενείς με χρόνια μη καρκινικό πόνο (CNCP) ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό στην ανταπόκρισή τους στα οπιοειδή και στον κίνδυνο επιπλοκών τους, που επηρεάζονται από παράγοντες όπως η ηλικία, η ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων, η ψυχιατρική κατάσταση και το οικογενειακό ιστορικό (Kahan *et al.*, 2011).

Για ασθενείς με υψηλό κίνδυνο εθισμού, τα οπιοειδή θα πρέπει να επιφυλάσσονται για σαφώς καθορισμένες συνθήκες νοσηρότητας ή νευροπαθητικού πόνου που δεν έχουν

ανταποκριθεί στις θεραπείες πρώτης γραμμής. Τα οπιοειδή θα πρέπει να τιτλοποιούνται αργά, με συχνή χορήγηση και στενή παρακολούθηση για ενδείξεις κακής χρήσης. Ο εικαζόμενος εθισμός με οπιοειδή αντιμετωπίζεται με δομημένη θεραπεία με οπιοειδή, με μεθαδόνη ή με θεραπεία με βουπρενορφίνη ή με θεραπεία που βασίζεται στην αποχή (Kahan *et al.*, 2011).

Ολοκληρώνοντας, αξίζει να επισημανθεί πως η γήρανση του πληθυσμού στις αναπτυσσόμενες χώρες, η έλλειψη ικανοποιητικών θεραπειών και η παγκόσμια αύξηση του χρόνιου πόνου είναι επιβαρύνσεις που απαιτούν την ανάπτυξη νέων θεραπειών για τον πόνο. Μια πρωτοποριακή προσέγγιση στη θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι η χρήση φαρμάκων με ένα μόνο στόχο, τα οποία δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικά και μπορούν να συσχετιστούν με πολλές παρενέργειες από χρόνιες δοσολογίες. Τα πολύ-λειτουργικά φάρμακα μπορεί να είναι επωφελή για τον κακώς ελεγχόμενο χρόνιο πόνο και μπορεί να βελτιώσουν τις ιδιότητες ασφάλειας και αποτελεσματικότητας με λιγότερες παρενέργειες σε σύγκριση με μόρια μονού στόχου. Η φαρμακολογική παρέμβαση πολλαπλών στόχων για τη θεραπεία του πόνου μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη πρωτότυπων και αποτελεσματικών θεραπειών (Malek and Starowicz, 2016).

2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ/Ή ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση, συμπληρωματική ιατρική (complimentary medicine) είναι αυτή που μπορεί να συμπληρώσει τη συμβατική ιατρική (conventional medicine), ενώ εναλλακτική (alternative medicine) αυτή που μπορεί να την αντικαταστήσει (Bartholomaios, 2003).

Υπάρχει όμως και ένας ευρύτερος ορισμός που παρουσιάζει τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες πόνου να αποτελούν μία ομάδα που περιλαμβάνει θεραπείες που χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά και/ή εναλλακτικά στη θέση της συμβατικής ιατρικής που ασκείται από κατόχους M.D. ιατρούς και από τους συναφείς επαγγελματίες υγείας (Lee F., et al., 2010).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM, οι CAM (Complementary Alternative Medicine) ορίζονται ως μια ομάδα ποικίλων ιατρικών και υγειονομικών συστημάτων, πρακτικών και προϊόντων που δεν θεωρούνται γενικά ως μέρος της συμβατικής ιατρικής (Saha *et al.*, 2017).

Το περιεχόμενο των CAM εξαρτάται από το γενικό ιατρικό πρότυπο, καθώς και την κουλτούρα μιας χώρας. Επομένως, οι CAM αποτελούν μια αρκετά διαφορετική ομάδα σε διάφορες περιοχές του κόσμου (Gantenbein *et al.*, 2012). Γι' αυτό οι χρήστες των CAM επιλέγουν εναλλακτικές θεραπείες για τη φροντίδα της υγείας τους που είναι περισσότερο σύμφωνες με τις προσωπικές τους αξίες, τις πεποιθήσεις και το συνολικό φιλοσοφικό προσανατολισμό σχετικά με την υγεία και τη ζωή (Wirth, Hudgins and Paice, 2005).

Το NCCAM χαρακτηρίζει τη θεραπεία των CAM σε ιατρικά συστήματα και 4 τομείς που βασίζονται: στις βιολογικές πρακτικές, στην ιατρική σώματος-μυαλού, στη χειροπρακτική βασισμένη στις πρακτικές σώματος και στην ενεργειακή ιατρική (Lee and Raja, 2011).

Οι CAM μπορούν να διαφοροποιηθούν από τα παραδοσιακά φάρμακα, καθώς αυτές οι παραδοσιακές πρακτικές βασίζονται σε μια ολιστική προσέγγιση της ανθρωπότητας στο ευρύτερο περιβάλλον. Αποτελούν ένα πλαίσιο που φτάνει την υγεία στο ευρύτερο επίπεδο της κοινωνίας, της θρησκείας και του πολιτισμού. Η χρήση των CAM αυξάνεται με ταχύ ρυθμό σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες (Saha *et al.*, 2017).

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη από τους Konvicka *et al.*, το 2008, το 40% των ασθενών χρησιμοποίησε τουλάχιστον μια μορφή CAM θεραπείας. Έρευνες που βασίστηκαν σε ερωτηθέντες έδειξαν ότι οι ασθενείς αναζητούν κυρίως αυτές τις θεραπείες για χρόνιες καταστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο (Berman and Bausell, 2000). Η ανακούφιση του πόνου αποτελεί την πιο συχνή αναφερόμενη αιτία που οι άνθρωποι αναζητούν την συμπληρωματική και/ή εναλλακτική ιατρική (Wirth, Hudgins and Paice, 2005). Αυτός ο πληθυσμός ασθενών παρουσιάζει μια αποδοχή των θεραπειών CAM ή την ανάγκη να βρεθεί μια θεραπεία που παρέχει αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο (Konvicka *et al.*, 2008). Οι ασθενείς αυτοί δοκιμάζουν πολλές θεραπείες συμπεριλαμβανομένων των CAM για ανακούφιση (Wirth, Hudgins and Paice, 2005), καθώς έχουν συνήθως εξαντληθεί με τις συντηρητικές επιλογές θεραπείας (Konvicka *et al.*, 2008).

Ωστόσο, δυστυχώς, υπάρχει περίπτωση αυτοί που χρησιμοποιούν CAM να αντιμετωπίσουν πιθανές ανεπιθύμητες παρενέργειες. Έτσι οι κλινικοί γιατροί στον τομέα του πόνου πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις χρήσεις και τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με τις CAM. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς αναζητούν αρχικά πληροφορίες για τις θεραπείες CAM από τον αρχικό γιατρό τους (Wirth, Hudgins and Paice, 2005). Ωστόσο, παρουσιάζονται σημαντικά εμπόδια για τη χρήση τους λόγω της έλλειψης γνώσεων, εκπαιδευμένων επαγγελματιών και επιστημονικών στοιχείων για την πρακτική τέτοιων θεραπειών (Saha *et al.*, 2017).

Από την άλλη, όσον αφορά τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας των θεραπειών CAM, έχουν δημοσιευθεί λίγες μελέτες, εκ των οποίων τα περισσότερα αποτελέσματα δείχνουν να έχουν αρκετά κέρδη. Με άλλα λόγια, αυτές οι μελέτες υποστηρίζουν πως τέτοιου είδους θεραπείες έχουν μικρό κόστος και είναι αποτελεσματικές. Όμως υπάρχουν οι περιπτώσεις που οι CAM μπορεί να προσθέσουν επιπλέον κόστος στην καθιερωμένη ιατρική περίθαλψη, εάν χρησιμοποιούνται με συμπληρωματικό τρόπο (Gantenbein *et al.*, 2012).

Παρόλο που η ανάπτυξη της συμβατικής ιατρικής ξεκίνησε στις αρχές του 10^{ου} αιώνα, σήμερα σχεδόν το 67% της αναφοράς του πληθυσμού των ΗΠΑ χρησιμοποιεί τουλάχιστον μία μορφή CAM (Saha *et al.*, 2017). Υπάρχει όμως ένα ποσοστό ανθρώπων σε μια εθνική έρευνα, το οποίο αντιστοιχεί στο 79% , που υποστηρίζει ότι ο συνδυασμός των συμβατικών και εναλλακτικών θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από κάθε προσέγγιση (Wirth, Hudgins and Paice, 2005). Είναι όμως

πιθανό ότι μερικές από αυτές τις θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές και έχουν λιγότερες παρενέργειες από τις συμβατικές μεθόδους (Konvícka *et al.*, 2008).

2.1. Τύποι συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπειών

Οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες αποτελούν έναν συνδυασμό από φυσικά ιατρικά προϊόντα, παραδοσιακές θεραπείες και παρεμβάσεις στο νου και στο σώμα (Saha *et al.*, 2017). Οι CAM περιλαμβάνουν θεραπευτικές αγωγές όπως, ομοιοπαθητική, χαλάρωση, διαλογισμός, ύπνωση, μουσικοθεραπεία, χειροπρακτική, βελονισμό, μασάζ, αρωματοθεραπεία, βοτανικές θεραπείες κ.α. (Wirth, Hudgins and Paice, 2005).

Μπορούν να διακριθούν σε α) *φυσικές θεραπείες* και β) *σε φαρμακολογικές*. Στην κατηγορία «φυσικές θεραπείες» ανήκουν: ο βελονισμός, η αερόβια άσκηση-αθλητισμός, η φυσιοθεραπεία-μασάζ και η χειροπρακτική κ.α. ενώ στην κατηγορία «φαρμακολογικές θεραπείες» ανήκουν: η βοτανοθεραπεία, η ομοιοπαθητική, τα συμπληρώματα διατροφής κ.ά. (Gantenbein *et al.*, 2012).

Αυτές οι θεραπείες θα μπορούσαν να επιλέγονται επειδή άλλες συμβατικές θεραπείες ήταν προηγουμένως αναποτελεσματικές ή είχαν παραγόμενες παρενέργειες που ήταν απαράδεκτες. Ως εκ τούτου οι κλινικοί γιατροί πρέπει να γνωρίζουν τις θεραπείες CAM που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του πόνου, για την αποτελεσματική απάντηση σε ερωτήσεις των ασθενών και για να αποφευχθούν πιθανές αλληλεπιδράσεις με τις ιατρικές (ναρκωτικές) θεραπείες που προβλέπονται για τους ασθενείς (Wirth, Hudgins and Paice, 2005).

Παρακάτω στην παρούσα μελέτη, παρουσιάζονται και αναλύονται οι συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες του πόνου που έχουν ήδη αναφερθεί παραπάνω. Οι συγκεκριμένες θεραπείες έχουν διεθνή αναγνώριση, χρησιμοποιούνται σε μεγάλο ποσοστό και θεωρούνται αποτελεσματικές όσον αφορά την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

3. ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ

Η ομοιοπαθητική, ένα ολοκληρωμένο σύστημα ιατρικής, αποτελεί μια μορφή συμπληρωματικής και/ή εναλλακτικής θεραπείας για διάφορες παθήσεις και έχει πολλούς οπαδούς στην Ινδία και στην Ευρώπη (Fugh-Berman, 2007). Συγκεκριμένα, η ομοιοπαθητική υποστηρίζει μια θεραπευτική αντίδραση από μικρές δόσεις μιας ουσίας, υψηλές δόσεις της οποίας προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που εμφανίζονται στον ασθενή λόγω της πάθησης (Jargin, 2015). Στηρίζεται σε μικροσκοπικές ποσότητες βοτάνων, ορυκτών και άλλων ουσιών για να διεγείρει τις φυσικές άμυνες του οργανισμού και να τον βοηθήσει να αυτό-θεραπευτεί (Dollemore, et al., 2004). Οι ιδέες όμως, στις οποίες βασίζεται η ομοιοπαθητική βρίσκουν τους γιατρούς της συμβατικής ιατρικής φανατικά αντίθετους (Mathie *et al.*, 2014).

Βασικό θεμέλιο της ομοιοπαθητικής αποτελεί ο νόμος των ομοίων, συμφώνα με τον οποίο: κάθε ουσία που αναπαράγει εκείνα τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν μια συγκεκριμένη νόσο ή γενικότερα μια κλινικό-παθολογική συνδρομή, είναι ικανή η ίδια η ουσία να θεραπεύσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον ασθενή που πάσχει από την ίδια νόσο ή συνδρομή (σύνδρομο). Δηλαδή η ασθένεια θεραπεύεται από ένα φάρμακο που προκαλεί στον υγιή τα ίδια νοσηρά συμπτώματα με αυτά της ασθένειας (Bartholomaios, 2003).

3.1. Ιστορική αναδρομή της ομοιοπαθητικής

Η λέξη ομοιοπαθητική προέρχεται από τις λέξεις «όμοιος» και «πάθος» (που παραπέμπει στο ρήμα πάσχω). Αν και η βασική ιδέα χρονολογείται τουλάχιστον τον 19^ο αιώνα π.Χ., η σύγχρονη ομοιοπαθητική στηρίζεται στις παρατηρήσεις που έκανε ένας Γερμανός γιατρός, ο Samuel Hahnemann, στις αρχές της δεκαετίας του 1800. Ο Dr. Hahnemann θεωρούσε βάρβαρες τις ιατρικές πρακτικές της εποχής του, αφού οι γιατροί έκαναν στους ασθενείς τους συστηματικές αφαιμάξεις με φλεβοτομίες, βδέλλες και εκδορές για να αφαιρέσουν τα υγρά που πίστευαν ότι προκαλούν τις περισσότερες ασθένειες. Απογοητευμένος ο Hahnemann εγκατέλειψε την ιατρική και έγινε ομοιοπαθητικός στο Τίπ Σιτι του Οχάιο και συγγραφέας με την Τζέιν Χάιμλιχ του βιβλίου «Homeopathic Medicine at Home». Όμως ο Dr. Hahnemann συνέχισε να πειραματίζεται πάνω στον εαυτό του με διάφορες ουσίες, ελπίζοντας να βρει μια πιο ανθρώπινη μέθοδο αγωγής.

Υποψιαζόταν πως η ασθένεια αποτελεί μια ανισορροπία της ζωτικής δύναμης του σώματος όπως την ονόμαζε (οι σύγχρονοι ομοιοπαθητικοί πιστεύουν ότι εννοούσε το ανοσοποιητικό σύστημα) και πως ένα μικρό ερέθισμα ήταν αρκετό για να αποκαταστήσει την ισορροπία της φυσικής άμυνας του οργανισμού.

Αυτό το προαίσθημα ενισχύθηκε όταν άρχισε πειράματα για να ανακαλύψει πώς μια μικρή δόση κινίνης θεραπεύει την ελονοσία. Ο ίδιος ανακάλυψε έκπληκτος ότι μεγάλες δόσεις του φαρμάκου είχαν απρόσμενα αποτελέσματα. Αφού έπαιρνε μεγάλες ποσότητες κινίνης για αρκετές ημέρες, παρουσίασε τρέμουλο, ταχυπαλμία και άλλα συμπτώματα ελονοσίας. Όταν σταμάτησε να παίρνει το φάρμακο, τα συμπτώματα εξαφανίστηκαν. Από αυτό το πείραμα ο γιατρός οδηγήθηκε στην πεποίθηση ότι «το όμοιο θεραπεύεται από το όμοιο», το οποίο αποτελεί τον νόμο που προαναφέρθηκε. Ο Dr. Hahnemann διατύπωσε τη θεωρία ότι αν μεγάλες ποσότητες μιας ουσίας, προκαλούν συμπτώματα ασθένειας σε ένα υγιή άτομο, τότε μικρές δόσεις της ίδιας ουσίας πρέπει να θεραπεύσουν έναν άρρωστο που εμφανίζει παρόμοια συμπτώματα (Dollemore, et al., 2004).

Οι πλήρεις δόσεις, ωστόσο, συχνά επιδεινώνουν πολύ περισσότερο τα συμπτώματα του ασθενούς πριν επιτευχθεί ίαση, έτσι ο Hahnemann πειραματίστηκε με την αραίωση των φαρμάκων, με σκοπό να ανακαλύψει την ελάχιστη δοσολογία που είναι απαραίτητη για να θεραπεύσει μια πάθηση χωρίς να την επιδεινώσει. Ανακάλυψε ότι τα φάρμακα διατηρούσαν την ισχύ τους ακόμη και μετά από επανειλημμένες αραιώσεις, και μάλιστα το εκπληκτικό ήταν ότι όσο περισσότερο αραιώνονταν, τόσο πιο αποτελεσματικά γινόντουσαν (Fugh-Berman, 2007). Οι ομοιοπαθητικοί αυτό το ονομάζουν δυναμοποίηση μέσω της αραιώσης (Jargin, 2015).

Στην ομοιοπαθητική τα συμπτώματα είναι αυτά που έχουν τη μεγαλύτερη σπουδαιότητα. Αν για παράδειγμα εκδηλωθεί εξάνθημα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αυτό αντιμετωπίζεται ως ένδειξη ότι η ασθένεια φεύγει βαθμιαία από το σώμα (Fugh-Berman, 2007).

Τέλος, το 1806 ο Hahnemann έγραψε: «Καμία ουσία δεν είναι δηλητηριώδης όταν λαμβάνεται στη σωστή δόση». Αν και στην παρασκευή των ομοιοπαθητικών σκευασμάτων μερικές φορές χρησιμοποιούνται τοξικά συστατικά που δεν τρώγονται ή δεν έχουν ευχάριστη γεύση, οι πολλαπλές αραιώσεις αποτελούν εγγύηση ότι τα φάρμακα αυτά δεν θα προκαλέσουν οποιοσδήποτε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ίσως η μόνη ανεπιθύμητη ενέργεια των ομοιοπαθητικών φαρμάκων μπορεί να είναι μια παροδική (αλλά μερικές φορές δραματική) επιδείνωση των συμπτωμάτων. Αυτή η

χειροτέρευση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι εξίσου σοβαρή με ένα σοβαρό επεισόδιο άσθματος ή παγκρεατίτιδας. Ωστόσο οι ομοιοπαθητικοί γενικά θεωρούν ότι οι χειροτερεύσεις αποτελούν ευνοϊκά σημάδια αφού δείχνουν ότι το χορηγούμενο φάρμακο ταιριάζει καλά με τη συγκεκριμένη ασθένεια (Fugh-Berman, 2007).

3.2. Σημαντικά σημεία της ομοιοπαθητικής

Πρόσφατες κλινικές δοκιμές επισημαίνουν αρκετούς τομείς στους οποίους η ομοιοπαθητική μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο στη βελτίωση της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μολυσματικών ασθενειών, τη διαχείριση του πόνου, την ψυχική υγεία και την φροντίδα σε καρκίνο. Παρουσιάζεται πως τα άτομα που χρησιμοποίησαν ομοιοπαθητική βοήθησαν πολύ την κατάσταση της υγείας τους και η θεραπεία αυτή ήταν πολύ σημαντική για τη διατήρηση της υγείας και της ευημερίας, σε σχέση με άτομα που χρησιμοποίησαν συμπληρώματα διατροφής (Dossett and Yeh, 2018).

Η πιο μελετημένη κατάσταση χρόνιου πόνου στη σύγχρονη ομοιοπαθητική ερευνητική βιβλιογραφία είναι η ινομυαλγία, μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από κόπωση, δυσκολίες ύπνου και γνωστικές καταγγελίες. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση εξέτασε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές της ομοιοπαθητικής για τη θεραπεία της ινομυαλγίας και διαπίστωσε σημαντικές βελτιώσεις στην ένταση του πόνου, στην κόπωση αλλά και στις βαθμολογίες στην κλίμακα πόνου McGill. Σύμφωνα με την ανάλυση της ομάδας EPI3 αναδείχθηκε επίσης ότι, η ομοιοπαθητική μείωσε τη χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φάρμακα (ΜΣΑΦ) και άλλων αναλγητικών, συμπεριλαμβανομένων των ναρκωτικών, σε ασθενείς με χρόνιες μυοσκελετικές διαταραχές (Dossett and Yeh, 2018).

Μια ανασκόπηση του 2014 εξέτασε τις οικονομικές αξιολογήσεις της ομοιοπαθητικής μέσω 14 δημοσιευμένων μελετών. Από τις μελέτες αυτές διαπίστωσε πως, οι 8 είχαν αποτελέσματα που παρουσίαζαν τη βελτίωση της υγείας και τη μείωση του κόστους με την ομοιοπαθητική, οι 4 μελέτες κατέληξαν ότι οι βελτιώσεις στην υγεία ήταν τουλάχιστον τόσο καλές όσο οι έλεγχοι για συγκρίσιμες δαπάνες, και 2 μελέτες διαπίστωσαν βελτίωση της υγείας ίση με τη συμβατική περίθαλψη με υψηλότερο κόστος (Dossett and Yeh, 2018).

Συμπερασματικά, η ομοιοπαθητική προς το παρόν αντιπροσωπεύει ένα μικρό κλάσμα της υγειονομικής περίθαλψης, όσον αφορά τόσο τους ασθενείς όσο και την υγειονομική περίθαλψη εργατικού δυναμικού με συνολικά αμελητέες επιπτώσεις. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η χρήση της ομοιοπαθητικής είναι αποτελεσματική και έχει μικρό κόστος, καθώς επίσης μπορεί να μειώσει τη χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων που έχουν γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες (Dossett and Yeh, 2018).

4. ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Ο βελονισμός είναι μια ευεργετική και πολύτιμη μη φαρμακολογική θεραπεία που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση παθήσεων υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του χρόνιου πόνου (υπάρχουν υψηλά ποσοστά που αναφέρουν πως ο χρόνιος πόνος αποτελεί τη κυριότερη αιτία για τη χρήση βελονισμού). Μεγάλες, επιστημονικά αυστηρές, ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές βελονισμού επιβεβαιώνουν την κλινική αποτελεσματικότητα του στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Αξιοσημείωτο είναι επίσης, πως επιδημιολογικά επισημαίνεται ότι ο βελονισμός αποτελεί μια οικονομικά αποδοτική και ασφαλής θεραπεία που θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει στη μείωση του κόστους παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Dorsher, 2011).

4.1. Ιστορική αναδρομή του βελονισμού

Ο βελονισμός αποτελεί μέρος της πρακτικής των παραδοσιακών κινέζικων φαρμάκων (Traditional Chinese Medicine- TCM), που είναι η πιο διαρκής θεραπευτική παράδοση. Οι αρχές της περιγράφονται επισήμως το 200 π.Χ. στο *Neijing* που πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει την κορύφωση, τουλάχιστον 2.000 ετών κλινικής εμπειρίας στη θεραπεία της ανθρώπινης ασθένειας. Η θεωρία και η πρακτική του βελονισμού συνεχίζουν να εξελίσσονται έκτοτε με βάση την περαιτέρω κλινική εμπειρία καθώς και την εφαρμογή νέων υλικών και προϊόντων τεχνολογίας (Dorsher, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, στη δεκαετία του 1.600, οι ιησουιτοί ιεραπόστολοι έγραψαν τον όρο βελονισμός από το λατινικό *Acus* (βελόνα) και *puncture* (διάτρηση), βασισμένοι στις παρατηρήσεις τους από τη θεραπευτική παράδοση της Κίνας. Ο όρος βελονισμός περιγράφει μια ομάδα διαδικασιών (εισαγωγή βελόνων στο δέρμα) που διεγείρουν ακριβείς ανατομικές θέσεις από μια ποικιλία τεχνικών για την παραγωγή κλινικών αποτελεσμάτων (Dorsher, 2011). Σύμφωνα με τη TCM, μέσα στο σώμα του ανθρώπου ρέει η ενέργεια σε συγκεκριμένες οδούς που ονομάζονται μεσημβρινοί. Οι μεσημβρινοί μπλοκάρονται όταν ο άνθρωπος αντιμετωπίζει δυσμενείς καταστάσεις. Με την εισαγωγή των βελόνων σε συγκεκριμένα σημεία κατά μήκος των οδών επιτυγχάνεται η διάσπαση αυτών των σημείων, με αποτέλεσμα την αποτροπή ή την θεραπεία των καταστάσεων, οι οποίες προκαλούνται από το μπλοκάρισμα (Shengelia *et al.*, 2013).

4.2. Εφαρμογή βελονισμού

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία βελονισμού. Αυτές περιλαμβάνουν μασάζ με βελονισμό, απλή βελόνα, ηλεκτροπάραισι και βελονισμός θερμότητας. Ωστόσο μόνο η απλή βελόνα και ο ηλεκτρο-βελονισμός ασκούνται στο NHS (National Health System) (Yap, 2016).

- Απλή Βελόνα

Οι βελόνες του βελονισμού είναι στερεές και κατασκευασμένες από κράμα από ανοξείδωτο χάλυβα που συνήθως περιέχουν νικέλιο και χαλκό. Μπορούν να επικαλυφθούν με άλλα μέταλλα όπως χρυσό ή ασήμι. Οι βραχύτερες βελόνες χρησιμοποιούνται σε οστικές περιοχές, ενώ οι μακρύτερες σε σαρκώδεις. Το βάθος εισαγωγής της βελόνας ποικίλλει από μερικά χιλιοστά πάνω από οστεώδεις περιοχές, σε αρκετά χιλιοστά πάνω από περιοχές με παχιά στρώματα μαλακού ιστού. Συχνά με την εισαγωγή της βελόνας υπάρχει μια αίσθηση θαμπή, όπως πόνος, βαρύτητα, ήπια παραισθησία ή μυρμηκίαση (Yap, 2016).

- Ηλεκτρο-βελονισμός

Όσον αφορά τον ηλεκτρο-βελονισμό αποτελεί πρόσφατη εξέλιξη που προστέθηκε σ' αυτή την παραδοσιακή θεραπεία. Στον ηλεκτρο-βελονισμό η διέγερση γίνεται με τη χρήση συσκευής που μπορεί να παράγει ρεύματα μέχρι 10mA, τάση 40-80V και συχνότητα 1-100Hz. Το πλάτος καθώς και η συχνότητα διέγερσης μπορεί να τροποποιηθεί. Χαμηλό πλάτος μέχρι 5mA και χαμηλή συχνότητα 1-20Hz χρησιμοποιείται συνήθως για τη διαχείριση του πόνου. Η διάρκεια της διέγερσης διατηρείται για 10-20 λεπτά (Yap, 2016).

4.3. Σημαντικά σημεία του βελονισμού

Ο βελονισμός γενικά αποτελεί μια ασφαλή μορφή θεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου και είναι απαραίτητο να ασκείται από επαγγελματίες υγείας με πιστοποιημένη άδεια άσκησης σε κάθε χώρα (Shengelia *et al.*, 2013). Πολύ σημαντική, πριν την εκτέλεση του βελονισμού, είναι η συγκατάθεση του ασθενή, καθώς επίσης και η κρίση του επαγγελματία υγείας για το αν ο ασθενής είναι σε θέση να δεχθεί αυτή τη διαδικασία (Yap, 2016).

Στον βελονισμό απαραίτητες είναι οι βασικές γνώσεις που πρέπει να έχει ο επαγγελματίας υγείας και φυσικά σημαντικό ρόλο παίζει και η εμπειρία του. Υπάρχουν συγκεκριμένα σημεία που χρήζουν προσοχή κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του βελονισμού. Αυτά είναι: α) τα σημεία που βρίσκονται κοντά σε αρτηρίες και φλέβες, β) οι τοπικές αλλοιώσεις του δέρματος (λοιμώση, όγκος, εγκαύματα, έλκος), γ) η χρήση θεραπείας με αντιπηκτικά ή αντισταμοπεταλιακά, καθώς επίσης και δ) η βαθιά παρακέντηση στη πλάτη, στο στήθος, στον αυχένα και στις περιφερικές περιοχές (Yap, 2016).

Φυσικά δεν μπορεί πάντοτε να εφαρμόζεται ο βελονισμός και αυτό γιατί δεν είναι κατάλληλες όλες οι περιπτώσεις των ασθενών. Πότε όμως αντενδείκνυται ο βελονισμός; Μερικές περιπτώσεις στις οποίες αντενδείκνυται η συγκεκριμένη θεραπεία είναι: α) ο βελονισμός στην κάτω κοιλιακή χώρα, οσφυϊκή και τις ιερές περιοχές των εγκύων εντός του πρώτου τριμήνου, β) σε ασθενείς που λιμοκτονούν από τη πείνα, γ) σε σοβαρή κόπωση/εξάντληση, δ) σε μεταλλική αλλεργία και βελονοφοβία, ε) ο ηλεκτρο-βελονισμός σε άτομα με βηματοδότη ή εμφυτευμένες συσκευές και ζ) σε σήψη (Yap, 2016).

Δυστυχώς όμως υπάρχουν και οι περιπτώσεις που εμφανίζονται δυσμενείς επιπτώσεις και αυτό οφείλεται συνήθως στη λιγότερη εμπειρία που μπορεί να έχει ο επαγγελματίας. Οι επιπτώσεις διακρίνονται σε ήπιες και σε σοβαρές. Στις «ήπιες επιπτώσεις» συγκαταλέγονται: η τοπική αιμορραγία, οι μώλωπες, το αιμάτωμα, η κόπωση, η υπνηλία μετά τη θεραπεία, η παγιδευμένη βελόνα και ο τοπικός πόνος. Ενώ στις «σοβαρές επιπτώσεις» ανήκουν η κοιλιακή βλάβη ή ο τραυματισμός σε στερεό όργανο, ο πνευμοθώρακας, η λιποθυμία ή αγγειοπάθεια και η νευροαγγειακή βλάβη (Yap, 2016).

Ολοκληρώνοντας να επισημανθεί ξανά πως ο βελονισμός αποτελεί συστατικό μέρος της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής, σύμφωνα με την οποία η τεχνική αυτή ενεργεί διορθώνοντας την ισορροπία της ενέργειας στο σώμα. Επίσης, ο βελονισμός αποτελεί την πιο συχνή επιλογή ως συμπληρωματική ή/και εναλλακτική θεραπεία για τον χρόνιο πόνο και υπάρχουν πολλές έρευνες που αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητά του. Τέλος, να σημειωθεί πως κρίνεται απαραίτητο ο βελονισμός να πραγματοποιείται από επαγγελματίες υγείας που έχουν την κατάλληλη γνώση και εκπαίδευση για να αποφευχθούν πιθανές επιπλοκές.

5. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πολλοί θα συμφωνούσαν με τον ισχυρισμό του Martin Luther ότι «η καρδιά μου... έχει συχνά προσβληθεί και ανανεωθεί από την μουσική όταν είμαι άρρωστος και κουρασμένος». Εάν αυτή η παρηγοριά μπορεί να συμβεί στην ιδιωτική ζωή του καθενός, γιατί όχι και στα νοσοκομεία. Οι εταιρίες επωφελήθηκαν από τις επιπτώσεις της μουσικής, αλλά όσον αφορά την ιατρική όμως ήταν πολύ πιο αργή για να αποκομίσει τα οφέλη (Glasziou, 2015).

Η μουσική έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μορφές στην ιατρική, από την παθητική ακρόαση της εμπορικής μουσικής έως την ενεργή δημιουργία μουσικής και τη συζήτηση, με αποτέλεσμα ο προσδιορισμός της μουσικοθεραπείας (MT) να παραμένει πολύ περίπλοκος. Ο Biley ορίζει την μουσικοθεραπεία ως ελεγχόμενη μορφή ακρόασης μουσικής και της επιρροής της στο άτομο, φυσιολογικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά, κατά τη διάρκεια της θεραπείας της ασθένειας ή του τραυματισμού. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Μουσικοθεραπείας, η μουσικοθεραπεία είναι η χρήση της μουσικής ή/και των στοιχείων της (ήχος, ρυθμός, μελωδία, αρμονία, δυναμική και ταχύτητα) για την επίτευξη εξατομικευμένων στόχων σε θεραπευτική σχέση από έναν διαπιστευμένο επαγγελματία, ο οποίος έχει ολοκληρώσει ένα εγκεκριμένο πρόγραμμα μουσικοθεραπείας (Mofredj *et al.*, 2016).

5.1. Ιστορική αναδρομή της μουσικοθεραπείας

Η χρήση της μουσικής για τη βελτίωση της νοσοκομειακής εμπειρίας των ασθενών έχει μακρά ιστορία στην ιατρική περίθαλψη, με βασική επιρροή αυτή της Florence Nightingale. Η μουσική περιγράφηκε αρχικά και χρησιμοποιήθηκε για να βοηθήσει τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο από τον Evan Kane το 1914 (Hole *et al.*, 2015). Η πρώτη τεκμηριωμένη περίπτωση μουσικοθεραπείας (MT), που αναφέρεται στο JAMA, χρονολογείται από το 1914. Ο Dr. Kane, αφού είδε την ωφέλιμη επίδραση του φωνογράφου στις αίθουσες ανάληψης, το μετέφερε στο χειρουργείο. Διαπίστωσε ότι οι ασθενείς ανέχτηκαν την αναισθητική επαγωγή και επίσης επωφελήθηκαν από τη μείωση του άγχους πριν υποβληθούν στις χειρουργικές επεμβάσεις. Το 1918, οι Hyde και Scalapino ανέφεραν, σε ένα ηλεκτροκαρδιογραφικό πείραμα που βασίστηκε σε ηχογράφιση, ότι οι ελάσσονοι τόνοι αύξησαν τον ρυθμό παλμών και μείωσαν την πίεση του αίματος, ενώ με την ανάδευση της μουσικής αυξήθηκε τόσο η αρτηριακή πίεση όσο και ο καρδιακός ρυθμός. Λίγα χρόνια

αργότερα, η μειωμένη ανάγκη για φαρμακολογική χρήση αναλγητικών σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε οδυνηρές οδοντικές επεμβάσεις παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια της έκθεσης σε τόσο δυνατά ακουστικά ερεθίσματα (Mofredj *et al.*, 2016).

Σε όλη την ιστορία, η μουσική έχει χρησιμοποιηθεί για να θεραπεύσει, αλλά η δύναμή της να μειώνει το άγχος και να ενισχύει τη συναισθηματική υγεία μόλις πρόσφατα άρχισε να λαμβάνει επιστημονικά στοιχεία από μελέτες που εξετάζουν τις νευροχημικές αλλαγές που συμβαίνουν όταν ο άνθρωπος ακούει ή συμμετέχει ενεργά στη μουσική. Εν συνεχεία, αναδύθηκε ένα δυνητικό ενδιαφέρον για τον θεραπευτικό τομέα και η μουσική χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία ως συμπληρωματική θεραπεία σε διάφορους κλάδους της ιατρικής (Mofredj *et al.*, 2016).

5.2. Εφαρμογή Μουσικοθεραπείας

Αρκετές μελέτες διερεύνησαν την επιρροή της μουσικής σε συναισθήματα και νευροφυσιολογία. Η προ-ηχογραφημένη μουσική μέσω ακουστικών, μουσικών μαξιλαριών ή ηχητικών συστημάτων μπορεί να είναι μια μη-επεμβατική, ασφαλής και φθηνή παρέμβαση σε σύγκριση με τα φαρμακευτικά προϊόντα και μπορεί να παραδοθεί εύκολα και επιτυχώς στο ιατρικό περιβάλλον. Η μουσική έχει συχνά ερευνηθεί στο πλαίσιο της ανάκαμψης από τις λειτουργικές διαδικασίες και αρκετές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές έχουν δείξει θετικές συνέπειες στην μετεγχειρητική ανάκαμψη των ασθενών. Αυτή η χρήση μουσικής διαφέρει από τη μουσικοθεραπεία, η οποία αποτελεί γνωστική μέθοδο αποκατάστασης. Προς το παρόν η μουσική δεν χρησιμοποιείται καθημερινά περιεγχειρητικά. Μέχρι τώρα η έλλειψη απορρόφησης οφείλεται σε άγνοια ή σκεπτικισμό σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μουσικής (Hole *et al.*, 2015). Μια σύνοψη των αναθεωρημένων μελετών αποδεικνύει μια θετική επίδραση της μουσικής στον πόνο (Cole and LoBiondo-Wood, 2014). Η συστηματική ανασκόπηση και η μετά-ανάλυση δείχνουν ότι η μουσική που παίζεται στο περιεγχειρητικό περιβάλλον μπορεί να μειώσει τις μετεγχειρητικές διαταραχές, τις ανησυχίες και τις ανάγκες αναλγησίας και να βελτιώσει την ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, δεν εντοπίστηκε καμία διαφοροποίηση της διάρκειας της παραμονής, αν και λίγες μελέτες το μέτρησαν (Hole *et al.*, 2015).

Πιστεύεται ότι έχει γίνει αρκετή έρευνα για να δείξει ότι η μουσική θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλους τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις. Οι ασθενείς θα πρέπει να επιλέξουν τον τύπο μουσικής που θα ήθελαν να ακούσουν,

αλλά είναι ασαφής, αν η μουσική πρέπει να είναι της δικής τους επιλογής ή από μια λίστα αναπαραγωγής. Ο χρόνος της μουσικής δεν έχει μεγάλη σημασία για τα αποτελέσματα, ώστε να μπορεί να προσαρμοστεί στις κλινικές συνθήκες και στην ιατρική ομάδα. Για παράδειγμα, ορισμένες ιατρικές ομάδες μπορεί να θέλουν να εφαρμόσουν ενδοεγχειρητική μουσική, ενώ άλλες ομάδες ίσως προτιμούν τον ασθενή να έχει τη δική του ηλεκτρονική συσκευή πριν από τη διαδικασία ή μόλις φτάσουν πίσω στο θάλαμο (Kligler, Teets and Do, 2017).

Η μουσικοθεραπεία (MT) χρησιμοποιείται ευρέως για τη θεραπεία και την παροχή βοήθειας σε διάφορες ασθένειες, παρόλο που οι περισσότερες κλινικές μελέτες έχουν διεξαχθεί στο νευρολογικό πεδίο. Οι θετικές επιδράσεις έχουν αποδειχθεί σε άτομα που πάσχουν από νόσο του Πάρκινσον, ασθένεια Alzheimer, σκλήρυνση κατά πλάκας, αταξία ή σπαστικότητα. Στα ηλικιωμένα άτομα, η βασισμένη στη μουσική εκπαίδευση πολλαπλών καθηκόντων, παρατεταμένη για 6 μήνες, κατάφερε να βελτιώσει το βάδισμα και την ισορροπία και μείωσε σημαντικά τόσο το ρυθμό πτώσης όσο και τον κίνδυνο αυτής. Η μουσική ήταν επίσης σε θέση να βελτιώσει την ψυχική, την κρατική και κοινωνική λειτουργία σε ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων, της κατάθλιψης, του άγχους, της σχιζοφρένειας, του αυτισμού και της άνοιας (Mofredj *et al.*, 2016).

Επιπλέον, οι ασθενείς που γίνονται δεκτοί στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ευπαθείς σε πολλούς αγχωτικούς παράγοντες, όπως ο φόβος του άγνωστου και ο θάνατος, η αϋπνία, ο θόρυβος, η διέγερση, η δυσφορία, ο πόνος, η δίψα, η ακινησία, η απογοήτευση, η δύσπνοια, η σύγχυση, τα επικοινωνιακά προβλήματα και η αδυναμία χαλάρωσης. Οι κλινικές μελέτες έχουν σαφώς υποστηρίξει τη χρήση της μουσικοθεραπείας ως αποτελεσματικό αγχολυτικό παράγοντα σε πληθυσμούς εντατικής θεραπείας. Η χρήση μουσικοθεραπείας μπορεί να μειώσει την αγωνία και το άγχος χωρίς τη χρήση φαρμάκων. Μπορεί επίσης να προωθήσει και να ενθαρρύνει την ξεκούραση και τον ύπνο μέσω της δημιουργίας μιας ήσυχης ατμόσφαιρας. Επιπλέον, η χρήση των ακουστικών κλείνει τους ανεπιθύμητους θορύβους του περιβάλλοντος, οι οποίοι είναι κοινοί στην ΜΕΘ. Η μουσική παρέχει έναν τρόπο φιλτραρίσματος των δυσάρεστων και άγνωστων ήχων που είναι μέρος του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και με τον τρόπο αυτό μπορούν να μειώσουν την ανάγκη για ηρεμιστικά ναρκωτικά, οδηγώντας έτσι σε ταχύτερη ανάκαμψη. Η μείωση του άγχους είναι σημαντική σε αμφότερους ασθενείς (που δεν λαμβάνουν θεραπεία) και σε ήρεμους ασθενείς, με μείωση της ηρεμιστικής έκθεσης και βελτιωμένη ποιότητα ύπνου (Mofredj *et al.*, 2016).

Η μουσικοθεραπεία μπορεί επίσης να συμβάλλει στη μείωση του πόνου των ασθενών και του επιπέδου καταστολής ελέγχου σε ασθενείς κατά τη διάρκεια της ενδοτραχειακής αναρρόφησης. Μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας που αποσπά την προσοχή κατά τη διάρκεια των αγχωτικών και επώδυνων διαδικασιών, όπως η λήψη αίματος, τοποθέτηση αποστράγγισης στο στήθος, οσφυϊκή διάτρηση και χτυπήματα (Mofredj *et al.*, 2016).

Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξουν το είδος της μουσικής που θα ήθελαν να ακούσουν, αλλά η μουσική δεν πρέπει να παρεμβαίνει στις επικοινωνίες της ιατρικής ομάδας ή να εμποδίζει την επικοινωνία με τον ασθενή. Η δυνατότητα επιλογής σημαίνει ότι οι ασθενείς φέρνουν τη δική τους μουσική ή επιλέγουν από μια σειρά ειδών. Οι ασθενείς που δεν έχουν τη δική τους μουσική θα μπορούσαν να επιλέξουν από τις τυποποιημένες επιλογές. Παρόλο που παραμένουν πολλά ερευνητικά ερωτήματα, αυτό δεν πρέπει να είναι εμπόδιο για την εφαρμογή μιας λογικής επιλογής για τους ασθενείς τώρα (Hole *et al.*, 2015).

5.3. Επιδράσεις μουσικοθεραπείας

Εκτός από την θετική επιρροή στον πόνο η μουσική βρέθηκε να μειώνει το άγχος, την ένταση των μυών, την αρτηριακή πίεση και τον καρδιακό ρυθμό (Cole and LoBiondo-Wood, 2014). Σύμφωνα με μελέτες οι επιδράσεις της μουσικής σε άλλες ρυθμίσεις είναι σημαντικές. Για παράδειγμα, μια συστηματική ανασκόπηση σύμφωνα με 2 από τις 14 τυχαιοποιημένες δοκιμές σε μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς, έδειξε ότι η ακρόαση μουσικής μειώνει το άγχος. Είναι σημαντικό ότι η μουσική μείωσε τον αναπνευστικό ρυθμό των ασθενών και τη συστολική αρτηριακή πίεση, υποδεικνύοντας μια φυσιολογική απόκριση χαλάρωσης ως έναν πιθανό μηχανισμό δράσης (Glasziou, 2015). Επιπλέον, μια επισκόπηση του Cochrane διαπίστωσε ότι η ακρόαση μουσικής βελτίωσε την ποιότητα του ύπνου και είναι εύκολη και ασφαλής στη διαχείριση του πόνου (Botulinum and Study, 2014).

Έχουν υπάρξει διάφορες προσεγγίσεις για τον ορισμό και την εικασία του τρόπου με τον οποίο η μουσική είναι αποτελεσματική ως θεραπευτικό εργαλείο. Είναι αποτελεσματικό διότι, είναι όπως μια λεκτική ψυχοθεραπευτική διαδικασία παρόμοια με την ψυχοθεραπεία ή δρα με δονήσεις που παράγει ο ήχος της μουσικής. Οι μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου έχουν δείξει, ότι η μουσική ακρόαση δημιουργεί μια νευρική δραστηριότητα που επηρεάζει τη δυναμική της εγκεφαλικής δραστηριότητας

σε πολλές περιοχές που σχετίζονται με την προσοχή, τη μνήμη και τις κινητικές λειτουργίες, καθώς και περιοχές που σχετίζονται με συναισθήματα. Η μουσική έχει επίσης αποδειχθεί ότι ενισχύει την ικανότητα των 2 ημισφαιρίων να δουλεύουν συνεργικά. Η αντίληψη και η απόδοση της μουσικής δραστηριότητας είναι πολύ περίπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει αντιληπτική, συναισθηματική, αυτόνομη, γνωστική και συμπεριφορική επεξεργασία (Glasziou, 2015).

Διαφορετικές επιδράσεις της μουσικής σε αυτές τις ζωτικής σημασίας παραμέτρους έχουν αποδειχθεί με αρκετές μελέτες, αλλά πρόσφατη μετα-ανάλυση επιβεβαίωσε ότι οι ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν μουσικοθεραπεία είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού. Σε αρκετές μελέτες, οι ομάδες μουσικής παρέμβασης βίωσαν μια σημαντική μείωση του αναπνευστικού ρυθμού, του ρυθμού της καρδιάς και της αρτηριακής πίεσης, γεγονός που υποδηλώνει καταλυτική επίδραση (Mofredj *et al.*, 2016).

Όταν η μουσική λειτουργεί θεραπευτικά, εκφράζει, θυμάται, και αναζωπυρώνει ακόμη και τα γενικά χαρακτηριστικά της ενσωματωμένης εμπειρίας και της συνηθισμένης ύπαρξης. Η μουσική βοηθά να φέρει αυτές τις μνήμες αυθόρμητα και κλίνει προς την κατεύθυνση της σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας και ζωτικότητας (Mofredj *et al.*, 2016).

Η μουσική είναι μια απλή, εύκολη παρεμβολή και οικονομικά ωφέλιμη. Αυτή η απλή και άμεση προσέγγιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μια ποικιλία ασθενών σε μια κατάσταση οξείας περίθαλψης. Η μουσική έχει προσθέσει οφέλη, τα οποία μπορούν θετικά να επηρεάσουν όχι μόνο τον πόνο αλλά και άλλες μεταβλητές, όπως το άγχος, η ένταση των μυών και τη διάθεση (σημεία που μπορεί να επηρεάζουν αρνητικά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο). Τα ευρήματα μιας έρευνας παρέχουν την υποστήριξη στη χρήση της μουσικής ως βοηθητική προσέγγιση στον έλεγχο του πόνου σε νοσηλευόμενους ενήλικες. Η χρήση της μουσικής είναι ασφαλής, οικονομική και ανεξάρτητη στη νοσηλευτική λειτουργία, που μπορεί εύκολα να ενσωματωθεί στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών (Cole and LoBiondo-Wood, 2014).

6. ΜΑΣΑΖ

Η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική (CAM) γίνεται όλο και πιο διαδεδομένη και συνιστάται η χρήση της. Η θεραπεία CAM μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά/εναλλακτικά με τη συμβατική ιατρική και έχει λιγότερες παρενέργειες. Η θεραπεία με μασάζ είναι μια από τις πιο δημοφιλείς πρακτικές CAM και πολλές μελέτες έχουν επικυρώσει τα ευεργετικά αποτελέσματα της στη διαχείριση των πόνων από διάφορες καταστάσεις, όπως η αρθρίτιδα και η ινομυαλγία. Η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών, από τις διάφορες επιλογές για τη διαχείριση του πόνου, θα ωφελήσει τους ασθενείς. Η θεωρία ελέγχου των θυρών είναι ένα θεωρητικό πλαίσιο που χρησιμοποιείται συχνά για να εξηγήσει τη διαδικασία της μείωσης του πόνου μέσω του μασάζ. Με βάση αυτή τη θεωρία, η πίεση του μασάζ κλείνει την «πύλη» που ρυθμίζει τη μετάδοση των ερεθισμάτων του πόνου στον εγκέφαλο (Kukimoto, Ooe and Ideguchi, 2017).

Το 1910, η Isabel Hampton Robb έγραψε: «Δεν είναι μόνο επιθυμητό αλλά απολύτως απαραίτητο οι νοσηλεύτριες να πρέπει να έχουν μια καλή γενική γνώση των αρχών του μασάζ, με φυσικά και φυσιολογικά αποτελέσματα και τη γενική εφαρμογή του, διότι αυτή η γνώση θα τους επιτρέψει να κάνουν πολλά για την ανακούφιση και την άνεση σχεδόν κάθε είδους ασθενή» (Harris and Richards, 2010).

Στη δυτική κουλτούρα, το μασάζ συχνά θεωρείται ως «εναλλακτική» ιατρική. Τα τελευταία χρόνια, το επάγγελμα της νοσηλευτικής χρησιμοποιεί την τεχνολογία και τη φαρμακολογία για την ανακούφιση των αγχωτικών, φυσιολογικών και ψυχολογικών καταστάσεων όπως ο πόνος, το άγχος και η αϋπνία που κάποτε θεραπεύονταν με μασάζ. Ωστόσο, οι μη φαρμακολογικές θεραπείες, όπως το μασάζ είναι οι πρώτες γραμμικές παρεμβάσεις για χαλάρωση στους ασθενείς (Harris and Richards, 2010).

Οι μη φαρμακολογικές επεμβάσεις, όπως οι τεχνικές χαλάρωσης, η μουσική ακρόαση, το μασάζ, η εφαρμογή με ζεστό/κρύο κ.λπ., ορίζονται στη λογοτεχνία ως παροχή χαλάρωσης μειώνοντας την ένταση των μυών και βοηθώντας στη μείωση του πόνου και του άγχους, ενώ έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί για τη διαχείριση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης (Gok Metin and Ozdemir, 2016). Οι μη φαρμακολογικές επεμβάσεις έχουν προταθεί για τη συμπλήρωση των φαρμακολογικών προσεγγίσεων όταν αναμένεται πόνος. Το μασάζ, μια μη φαρμακολογική παρέμβαση, χρησιμοποιείται ευρέως για τη διαχείριση των πόνων και έχει γίνει μια αναπτυξιακή υποστηρικτική τεχνική φροντίδα (Chik, Ip and Choi, 2017).

6.1. Εφαρμογή του μασάζ

Ο πόνος προκαλεί στρες, που με τη σειρά του προκαλεί το καρδιαγγειακό σύστημα να ανταποκριθεί ενεργοποιώντας το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα την αύξηση των παλμών, της αρτηριακής πίεσης και της ζήτησης οξυγόνου. Το μασάζ της πλάτης όμως, αποτελεί έναν τρόπο που μπορεί να καταστείλει τη διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος από το άγχος του πόνου, μειώνοντας έτσι τον παλμό, την αρτηριακή πίεση και τη ζήτηση οξυγόνου (Büyükyılmaz and Aşti, 2013).

Σε μια μελέτη 17 παιδιών ηλικίας 1 έως 18 ετών που υποβάλλονταν σε θεραπεία για διάγνωση καρκίνου, ο Post-White (2009) διαπίστωσε ότι όλα τα παιδιά αισθάνθηκαν καλύτερα μετά το μασάζ σωματικά, διανοητικά και συναισθηματικά και τα αποτελέσματα διήρκεσαν από αρκετές ώρες έως και το υπόλοιπο της ημέρας. Τα παιδιά ηλικίας 1 έως 13 είχαν μικρότερη ανησυχία και τα παιδιά 14-18 είχαν μια σχεδόν σημαντική μείωση του άγχους, ενώ παράλληλα επέτυχαν μεγάλο μέγεθος αποτελέσματος. Για όλα τα παιδιά σε συνδυασμό, υπήρξε ένα σημαντικό εύρημα για χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό και για χαμηλό αναπνευστικό ρυθμό (Manuscript, Blood and Count, 2009).

Η θεραπεία μασάζ μπορεί επίσης να αυξήσει τα επίπεδα σεροτονίνης, όπου ένας νευροδιαβιβαστής συμβάλλει στη μείωση του πόνου με την αναστολή της μετάδοσης των τοξικών νευρικών σημάτων στον εγκέφαλο. Το άγχος μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί με θεραπεία μασάζ. Η χαλάρωση μπορεί να προωθηθεί από τη θεραπεία μασάζ, και με τη σειρά της ενισχύει τη λειτουργία του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος και ενισχύει τις ανοσολογικές επιδράσεις, οι οποίες είναι επωφελείς για τους μετεγχειρητικούς ασθενείς (Kukimoto, Ooe and Ideguchi, 2017). Ακόμη, το μασάζ μπορεί να είναι η διαδικασία μεσολάβησης για τη μείωση του φυσιολογικού και ψυχολογικού στρες στους ηλικιωμένους (Harris and Richards, 2010).

Οι συστηματικές αναθεωρήσεις και οι μετα-αναλύσεις που διερευνούν την χρήση μασάζ έχουν αυξηθεί. Ο Moyeretai (2004) διεξήγαγε μια μετα-ανάλυση που έδωσε 37 μελέτες και συνολικά 1.802 συμμετέχοντες, για να διερευνήσει τη συνολική επίδραση της θεραπείας μασάζ και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτή η παρέμβαση μείωσε την κατάσταση άγχους, την αρτηριακή πίεση και τον καρδιακό ρυθμό. Στη μετα-ανάλυση τους, οι Labyak και Metzger (1997) πρότειναν ότι οι μακρύτερες συνεδρίες μασάζ

μπορούν να διεγείρουν το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα και την αγγειοδιαστολή. Πολλές συστηματικές ανασκοπήσεις ανέφεραν ότι η θεραπεία με μασάζ μπορεί να είναι αποτελεσματική παρέχοντας υποστηρικτική φροντίδα σε ορισμένα συμπτώματα που σχετίζονται με τη θεραπεία του καρκίνου (Kukimoto, Ooe and Ideguchi, 2017).

Το μασάζ μπορεί να προκαλέσει χαλάρωση με απτική διέγερση στους ιστούς του σώματος προκαλώντας πολύπλοκες νευροανοσολογικές αποκρίσεις στον άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης (HPA) για να κυκλοφορούν μέσω των οδών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Το ερέθισμα διανέμεται μέσω του φλοιού, του μεσεγκεφάλου και του χαμηλότερου εγκεφάλου και ερμηνεύεται ως απόκριση χαλάρωσης. Η προσαρμογή στο άγχος ρυθμίζεται από την ικανότητα του υποθαλάμου- υπόφυσης να εκκρίνει ορμόνες, όπως η κορτιζόλη και οι ενδορφίνες που μειώνουν τη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και αυξάνουν τις αποκρίσεις του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η κορτιζόλη είναι κύρια ορμόνη στρες και τελικό προϊόν συμπαθητικής δραστηριότητας. Θεωρείται ότι η απτική διέγερση από το μασάζ αντισταθμίζει την υπερπαραγωγή κορτιζόλης επηρεάζοντας την έκκριση της κορτικοτροπίνης από τον υποθάλαμο – υπόφυση. Η κορτικοτροπίνη με τη σειρά της μειώνει την κορτιζόλη και προάγει τη χαλάρωση(Harris and Richards, 2010).

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι το μασάζ, ως συμπληρωματική εναλλακτική θεραπεία, έχει καταλυτικό ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου, του άγχους και της χαλάρωσης των μυών. Αποτελεί μια θεραπευτική αγωγή που χρησιμοποιείται ευρέως και θεωρείται οικονομικά ασφαλής και ιδιαίτερα αποτελεσματική. Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η γνώση των επαγγελματιών υγείας, γι' αυτή τη μορφή θεραπείας, με απώτερο στόχο την σωστή ενημέρωση και την ενθάρρυνση των ασθενών για τη χρήση της.

7. ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ

Ως ρεφλεξολογία ορίζεται μια ολιστική θεραπευτική τεχνική που στοχεύει στη θεραπεία του ατόμου ως οντότητα, ενσωματώνοντας το σώμα, το μυαλό και το πνεύμα. Πρόκειται για μια ειδική θεραπεία πίεσης που λειτουργεί σε ακριβή σημεία αντανακλαστικά των ποδιών που αντιστοιχούν σε άλλα μέρη του σώματος. Επειδή τα πόδια αντιπροσωπεύουν ένα μικρόκοσμο του σώματος, όλα τα όργανα, οι αδένες και άλλα μέρη του σώματος είναι τοποθετημένα σε παρόμοια διάταξη στα πόδια. Έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, αλλά όλα αντικατοπτρίζουν τη βασική αρχή πίσω από τη ρεφλεξολογία - τα πέλματα των ποδιών και οι παλάμες των χεριών συνδέονται με όλα τα μέρη του ανθρώπινου σώματος, συμπεριλαμβανομένων των εσωτερικών οργάνων του. Εφαρμόζοντας ειδικές στρατηγικές πίεσης στα πόδια, τα αποτελέσματα επούλωσης μπορούν να προκληθούν σε όλο το σώμα (Gunnarsdottir, 2014). Ειδικότερα ρεφλεξολογία είναι η συστηματική πρακτική άσκησης πίεσης σε συγκεκριμένα σημεία των ποδιών και των χεριών για να επηρεάσει την υγεία των σχετικών σημείων του σώματος. Κάθε σημείο πίεσης λειτουργεί ως αισθητήρας στα πόδια και στα χέρια και συνδέεται με συγκεκριμένα μέρη του σώματος. Αυτοί οι αισθητήρες θα διεγερθούν εφαρμόζοντας την τεχνική ρεφλεξολογίας για να βελτιώσουν την κυκλοφορία του αίματος και ενέργειας, δίνοντας μια αίσθηση χαλάρωσης και διατηρώντας την ομοιόσταση (Haswani *et al.*, 2015).

Η περίοδος ρεφλεξολογίας μπορεί να βελτιωθεί με άλλα στοιχεία όπως η αρωματοθεραπεία, η ειρηνική μουσική και οι καλές συνθήκες περιβάλλοντος. Υπάρχει όρος στη ρεφλεξολογία που λέγεται αντανακλαστική ζώνη θεραπείας. Η θεραπεία ζώνης Reflex είναι εκείνη όπου το σώμα χωρίζεται σε δέκα διαμήκεις ζώνες από το κεφάλι μέχρι το δάχτυλο. Στη θεραπεία ζώνης αντανακλαστικών, υπάρχουν πέντε ζώνες και στις δύο πλευρές του σώματος, στις οποίες κάθε ζώνη αποκλίνει προς τα κάτω στον συγκεκριμένο βραχίονα και επίσης συνεχίζεται ευθεία κάτω από το σώμα και κάτω από το συγκεκριμένο πόδι ώστε να ευθυγραμμιστεί με ένα δάχτυλο αντίστοιχα. Οι ασκούμενοι επιλέγουν συνήθως την κατάλληλη τεχνική που πρέπει να εφαρμοστεί στη θεραπεία ζώνης αντανακλαστικών ώστε να αποκτήσουν βελτιστοποιημένη αποτελεσματικότητα (Haswani *et al.*, 2017).

Οι ορισμοί της ρεφλεξολογίας μεταδίδουν ότι η βασική αρχή πίσω από τη ρεφλεξολογία είναι ότι τα άκρα συνδέονται με όλα τα άλλα μέρη και τα εσωτερικά όργανα του ανθρώπινου σώματος και ότι υπάρχει σχέση μεταξύ οργάνων, συστημάτων και διεργασιών. Χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες στρατηγικές πίεσης στο πόδι ή στο χέρι, είναι εφικτή η επούλωση ολόκληρου του σώματος (Gunnarsdottir,

2014). Δύο μέθοδοι ρεφλεξολογίας που έχουν γίνει αποδεκτές διεθνώς είναι η μέθοδος Ingham και η μέθοδος RwoShur. Η πρώτη μέθοδος δεν χρησιμοποιεί εργαλεία στην πρακτική της και η δεύτερη μέθοδος χρησιμοποιεί τη χρήση εργαλείων όπως ξύλινο ραβδί (Haswani *et al.*, 2017).

Μία από τις σημαντικότερες συζητήσεις σχετικά με την πρακτική ρεφλεξολογίας είναι οι πτυχές της υγείας, της ασφάλειας και της υγιεινής. Εκτός αυτού, οι αρχές και η πρακτική της ρεφλεξολογίας ως συμπληρωματική θεραπεία είναι σημαντικές για να διασφαλιστεί ότι η εφαρμογή αυτής της θεραπείας είναι αξιόπιστη (Haswani *et al.*, 2015).

7.1. Ιστορική αναδρομή της ρεφλεξολογίας

Η αρχαιότερη ανακάλυψη της ρεφλεξολογίας βρέθηκε στην Αίγυπτο βασισμένη στην παρατήρηση καθημερινών δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών πρακτικών. Άλλες μελέτες έχουν αναφέρει ότι η ρεφλεξολογία προκύπτει από την Κίνα για τα τελευταία 5000 χρόνια, αλλά δεν υπάρχει τεκμηρίωση, έτσι με την εύρεση ιερογλυφικής τοιχογραφίας στην πυραμίδα που βρίσκεται στη Saggara, η ρεφλεξολογία θεωρείται ως μέρος του αιγυπτιακού πολιτισμού από το 2330 π.Χ. Στα τέλη του 14ου αιώνα, η ρεφλεξολογία εφαρμόστηκε ήδη σε ολόκληρη την Ευρώπη με άλλο όνομα. Ο πατέρας της σύγχρονης ρεφλεξολογίας, ο Δρ. William Fitzgerald έχει ανακαλύψει ότι η θεραπεία ζώνης έχει χρησιμοποιηθεί από την Αμερικανίδα Αβορίγινες. Η Jenny Wallace από τις φυλές των Ινδιάνων της Βορείου Αμερικής χρησιμοποίησε πίεση στα πόδια ως μία από τις πηγές θεραπευτικής διαδικασίας. Η μελέτη Fitzgerald έφερε την πρακτική της ρεφλεξολογίας να χρησιμοποιείται ευρέως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η ανακάλυψη της θεραπείας ζώνης αναπτύχθηκε από την εύρεση της πίεσης που εφαρμόζεται σε πολλά μέρη του σώματος, όπως στα χέρια, στη μύτη, στα αυτιά. Ο Δρ. JoeShelby Riley από την Ουάσιγκτον έχει πραγματοποιήσει πολλές μελέτες θεραπείας περιλαμβανομένης της ρεφλεξολογίας και έχει χρησιμοποιήσει αυτή τη θεραπεία για πολλά χρόνια. Η Eunice Ingham συνεργάστηκε με τον Δρ. Riley στη δεκαετία του 1930 ως θεραπευτής και εργάζεται σε μεγάλο βαθμό για να βοηθήσει τους ανθρώπους να κατανοήσουν τη ρεφλεξολογία (Haswani *et al.*, 2017).

7.2. Εφαρμογή της ρεφλεξολογίας

Η ρεφλεξολογία έχει επιλεγεί από τους περισσότερους ανθρώπους για να θεραπεύσει τα προβλήματα υγείας του σώματος τους, διότι προσφέρει υψηλό επίπεδο ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Προσφέρει επίσης φυσική θεραπεία χωρίς να καταναλώνει φάρμακα και είναι εύκολη στη χρήση. Η εκμάθηση ρεφλεξολογίας και η εφαρμογή της είναι αρκετά εύκολη, δεν υπάρχει περιορισμός για τους ανθρώπους, μπορούν να την εφαρμόζουν ανά πάσα στιγμή και οπουδήποτε. Η αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία της ρίζας ορισμένων ασθενειών μπορεί να οδηγήσει σε πολλά οφέλη για την υγεία, όπως βοηθά στην ελάφρυνση καθημερινών καταπονήσεων και ανακουφίζει από τις συνέπειες από τραυματισμό και ασθένεια. Ωστόσο, δεν χρησιμοποιείται στις διαδικασίες διάγνωσης (Haswani *et al.*, 2017).

Οι ασκούμενοι παρατηρούν τα μάτια, το δέρμα, τα μαλλιά και τις εκφράσεις του προσώπου, τα οποία δείχνουν έμμεσα τη σωματική τους δυσφορία και το επίπεδο πίεσης. Οι ασκούμενοι μπορούν να ρωτήσουν και να ακούσουν το γενικό επίπεδο υγείας των ασθενών, το οποίο μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες, όπως ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα. Είναι ζωτικής σημασίας να οικοδομηθεί η ενσυναίσθηση, έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορούν να εμπιστευτούν περισσότερο τους ρεφλεξολόγους, οδηγώντας σε ουσιαστικές θεραπευτικές σχέσεις (Haswani *et al.*, 2015).

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές που χρησιμοποιούνται, ανάλογα με την περιοχή του ποδιού. Το ένα χέρι στηρίζει το πόδι, ενώ τα δάχτυλα και ο αντίχειρας του άλλου χεριού κάνουν μασάζ το δέρμα. Μια περίοδος από 45 λεπτά έως 1 ώρα εκτιμάται ότι είναι αρκετός χρόνος για να εκτελέσει τη ρεφλεξολογία και στα δύο πόδια και θα επιτρέψει επιπλέον χρόνο για να εργαστεί σε συγκεκριμένους τομείς που χρειάζονται περαιτέρω φροντίδα. Στο τέλος κάθε συνεδρίας ο παραλήπτης ενθαρρύνεται να χαλαρώσει για αρκετά λεπτά. Οι δύο τεχνικές που περιγράφονται εδώ είναι το περπάτημα αντίχειρων και το άγκιστρο. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλες λαβές, ανάλογα με την περιοχή του εν λόγω ποδιού. Είναι σημαντικό ο αντίστοιχος επαγγελματίας υγείας να μην ξεχάσει καμία περιοχή και να ολοκληρώνει μια περιοχή πριν ξεκινήσει την επόμενη (Gunnarsdottir, 2014).

Τα ευρήματα μιας πρόσφατης μελέτης επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα της ρεφλεξολογίας καταγράφοντας το 31% της μείωσης του πόνου μεταξύ των ασθενών με πόνο στην πλάτη. Έχει αναφερθεί ότι η βαθμολογία έντασης πόνου μειώθηκε σε μέσο βαθμό. Σε μια πειραματική ομάδα έδειξε ότι υπήρχε σημαντική διαφορά πριν και μετά τη ρεφλεξολογία στη θεραπευτική αγωγή (Haswani *et al.*, 2017).

7.3. Επιδράσεις της ρεφλεξολογίας

Βάσει των τελευταίων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν, η ρεφλεξολογία φαίνεται να είναι αποτελεσματική για να βοηθήσει τα συστήματα του σώματος να επιστρέψουν στη φυσική τους κατάσταση. Μια από τις πιο σημαντικές συζητήσεις στην ρεφλεξολογία είναι η αποτελεσματικότητά της να βοηθήσει στην αντιμετώπιση πολλών συμπτωμάτων μιας νόσου. Το επίπεδο των ασθενειών και ο πόνος μειώνονται, όσο οι ασθενείς λαμβάνουν ρεφλεξολογία. Έχει προταθεί από μια ελβετική μελέτη ότι οι ασθενείς που έχουν συνεδρίες ρεφλεξολογίας δείχνουν σημαντική μείωση της ποσότητας των φαρμάκων που χρειάζονται. Ως συμπληρωματική θεραπεία, η ρεφλεξολογία φαίνεται να λειτουργεί καλύτερα μαζί με την συμβατική θεραπεία για τη θεραπεία χρόνιων παθήσεων που μεταβάλλουν τις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος (Haswani *et al.*, 2017).

Υπάρχουν πέντε θεωρίες που εξηγούν πώς πραγματικά η ρεφλεξολογία έχει επιπτώσεις στην υγεία. Η πρώτη και η δεύτερη βασική θεωρία σχετίζονται στην ενέργεια. Η θεωρία της ενέργειας υποστηρίζει ότι τα μέρη του σώματος μπορούν να επικοινωνήσουν χρησιμοποιώντας ηλεκτρομαγνητικά πεδία και η επικοινωνία μπορεί να μπλοκαριστεί με βάση τα γύρω πεδία. Η τρίτη θεωρία υποδεικνύει ότι η ροή ενέργειας μπορεί να αποκατασταθεί και η τέταρτη είναι για ένα μπλοκαρισμένο μονοπάτι που μπορεί να ανοίξει. Η τελευταία θεωρία προτείνει ότι η ρεφλεξολογία μπορεί να διασπάσει τους κρυστάλλους του γαλακτικού οξέος που συνήθως εναποτίθενται στα πόδια και επιτρέπουν στην ενέργεια να ρέει αποτελεσματικά (Haswani *et al.*, 2015).

Η ρεφλεξολογία γενικά βελτιώνει την κατάσταση της υγείας του σώματος και την ευημερία όσον αφορά το φυσικό, συναισθηματικό και πνευματικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, οι άνθρωποι επιλέγουν ρεφλεξολογία επειδή:

1. Η θεραπεία είναι απαλλαγμένη από οποιαδήποτε φάρμακα και χημικά, και είναι μια ευρεία επιλογή για πολλά προβλήματα υγείας.
2. Έχει την ικανότητά να μειώνει τον πόνο.
3. Βοηθά το σώμα να διατηρήσει την ικανότητα επιδεξιότητας και μετακίνησης.
4. Προωθεί τη γενική αίσθηση της χαλάρωσης, ιδιαίτερα σε υπερβολικά κουρασμένα χέρια, πόδια και ολόκληρα μέρη του σώματος.
5. Διεγείρει την απελευθέρωση των χημικών ουσιών ανακούφισης του πόνου του σώματος.

6. Θεωρείται ως πρόληψη από οποιαδήποτε ασθένεια.
7. Προωθεί τη διαδικασία ανάκτησης από κάθε τραυματισμό ιδιαίτερα σε κάθε περιοχή στα χέρια και τα πόδια (Haswani *et al.*, 2017).

Επίσης η χρήση της ρεφλεξολογίας έχει επίδραση στην:

1. Διαχείριση του πόνου στην πλάτη

Μια μελέτη από έναν συγγραφέα διαπίστωσε ότι, η ρεφλεξολογία ως συμπληρωματική θεραπεία εμφανίζει καλή επίδραση, όσον αφορά τη διαχείριση του πόνου, σε ασθενείς που υπέφεραν από χαμηλό πόνο στην πλάτη.. Σε αυτή τη μελέτη, ο συγγραφέας χρησιμοποίησε αποτελέσματα VAS για να δείξει το επίπεδο του πόνου του ασθενούς. Ο συγγραφέας πρόσθεσε ότι αυτή η συμπληρωματική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μία από τις θεραπείες μείωσης του πόνου στην πλάτη, αλλά πρέπει να διεξαχθεί περαιτέρω μελέτη σχετικά με αυτό.

2. Ημικρανία / κεφαλαλγία

Οι ασθενείς αναφέρθηκαν σε έναν φυσιοθεραπευτή για έξι μήνες και το αποτέλεσμα της θεραπείας καταγράφηκε με διάφορες μεθόδους όπως ποιοτικές συνεντεύξεις, ημερολόγια κεφαλαλγίας και ερωτηματολόγιο. Προέκυψαν αποτελέσματα με το 55% των ασθενών να έχουν ανακούφιση, το 23% δεν εξέφρασε επανάληψη των συμπτωμάτων και το υπόλοιπο 11% σταμάτησε να παίρνει φάρμακα (Haswani *et al.*, 2017).

Ωστόσο, η έρευνα που εξετάζει τις επιδράσεις της ρεφλεξολογίας είναι περιορισμένη και περιλαμβάνει μελέτες πολλών προσεγγίσεων στις πρακτικές της ρεφλεξολογίας. Ορισμένες συνθήκες για τις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί είναι η:

1. Μείωση του πόνου
2. Μείωση των συμπτωμάτων της ινομυαλγίας
3. Μείωση του άγχους
4. Μείωση της φυσιολογικής δυσφορίας στους ηλικιωμένους
5. Βελτίωση της ευημερίας σε άτομα με νόσο του Πάρκινσον
6. Βελτίωση της ποιότητας ζωής
7. Μείωση των επιπτώσεων του στρες

8. Μείωση των συμπτωμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας

9. Προώθηση της χαλάρωσης (Gunnarsdottir, 2014).

Η διάρκεια των επιδράσεων της ρεφλεξολογίας στον πόνο δοκιμάστηκε σε ασθενείς με διάφορους τύπους καρκίνου. Οι άμεσες επιδράσεις στον πόνο υποστηρίχθηκαν, αλλά τα αποτελέσματα ανακούφισης του πόνου δεν ήταν σημαντικά σε 3 ώρες και 24 ώρες μετά τη συνεδρία ρεφλεξολογίας. Σε μια μελέτη του Ross και συναδέλφων του (2002), οι επιδράσεις της ρεφλεξολογίας στο άγχος και την κατάθλιψη συγκρίθηκαν με εκείνες του απλού μασάζ ποδιών σε δύο ομάδες καρκινοπαθών. Αυτοί οι ασθενείς με καρκίνο έλαβαν έξι συνεδρίες παρέμβασης και η κατάθλιψη και το άγχος μετρήθηκαν κατά την έναρξη και εντός 24 ωρών μετά από κάθε συνεδρία. Δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη, αλλά και οι δύο ομάδες ανέφεραν ότι είχαν χαλαρωτικές επιδράσεις από τη θεραπεία (Gunnarsdottir, 2014).

Στην προσπάθεια μεγαλύτερης ενσωμάτωσης συμπληρωματικών θεραπειών στη συμβατική υγειονομική περίθαλψη, είναι αναπόφευκτο ότι η ρεφλεξολογία θα εξελιχθεί και θα πρέπει να προσαρμοστεί ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του συστήματος στο οποίο βρίσκεται (Gunnarsdottir, 2014).

Συμπερασματικά, οι επαγγελματίες του τομέα ρεφλεξολογίας και ο επαγγελματικός σύλλογος έχουν υποστηρίξει ότι η ρεφλεξολογία είναι αποτελεσματική για τη γενική ευεξία στη συντήρηση και στη θεραπεία χρόνιων παθήσεων, όπως εγκεφαλικά επεισόδια, μυοσκελετικές διαταραχές και άγχος. Λόγω του καταπραϋντικού μασάζ και της μη συμπληρωματικής φύσης του φαρμάκου, η ρεφλεξολογία είναι ευρέως αποδεκτή από το ευρύ κοινό. Ωστόσο, πολυάριθμες συστηματικές αναθεωρήσεις επιβεβαιώνουν ότι υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία για τις θετικές επιδράσεις της ρεφλεξολογίας για ορισμένες κοινές ασθένειες. Με την επαρκή εκπαίδευση των επαγγελματιών και την πιστοποίηση προγράμματος ρεφλεξολογίας διασφαλίζεται η παροχή σωστών και κατάλληλων υπηρεσιών (Haswani *et al.*, 2017).

8. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ

Το θεραπευτικό άγγιγμα (Healing Touch HT) είναι ένας τύπος συμπληρωματικής θεραπείας που χρησιμοποιεί ήπια επαφή και ενεργειακές τεχνικές. Οι τεχνικές αυτές επηρεάζουν το ανθρώπινο ενεργειακό σύστημα, μέσα στο σώμα (ενεργειακά κέντρα) και το περιβάλλον του σώματος (ενεργειακά πεδία), τα οποία προστατεύουν τη φυσική ικανότητα του σώματος. Το θεραπευτικό άγγιγμα ταξινομείται ως υποθετική

ενεργειακή ή βιολογική θεραπεία από τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας, Εθνικό Κέντρο Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής (NCCAM, 2012), (Umbrett, 2014).

Με βάση την ολιστική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας, το θεραπευτικό άγγιγμα επικεντρώνεται στη δημιουργία μιας ενεργητικής ισορροπίας ολόκληρου του σώματος στο φυσικό, συναισθηματικό και πνευματικό επίπεδο και όχι σε δυσλειτουργικά μέρη του σώματος. Μέσω αυτής της διαδικασίας εξισορρόπησης του ενεργειακού συστήματος και κατά συνέπεια του ανοίγματος των ενεργειακών φραγμών, δημιουργείται ένα περιβάλλον που ευνοεί την αυτοθεραπεία. Μέσω της αλληλεπίδρασης των ενεργειακών πεδίων μεταξύ του επαγγελματία και του πελάτη, τη χρήση των χεριών του ιατρού, την πρόθεση να επικεντρωθεί στο υψηλότερο αγαθό του πελάτη και μιας διαδικασίας κεντραρίσματος, χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία αυτής της ενεργητικής ισορροπίας, μη επεμβατικές τεχνικές θεραπευτικού αγγίγματος ειδικά για τις ανάγκες του πελάτη. Η εύρεση αυτού του "τόπου της ειρήνης" επιτυγχάνεται μέσω βαθιάς αναπνοής στην κοιλιά, προσευχής, διαλογισμού, ή κάθε άλλης τεχνικής που επιβραδύνει το ένα, κατευνάζει το μυαλό και τις προσπάθειες σε ένα βαθύτερο πνεύμα συμπόνιας και δύναμης (Umbrett, 2014). Η θεραπευτική αφή (ΗΤ), μια ολοκληρωμένη θεραπεία βιολογικών πεδίων, μπορεί να είναι μια πολύτιμη μη φαρμακολογική, μη επεμβατική παρέμβαση για τους ασθενείς με οξεία περίθαλψη που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ανεπιθύμητες αντιδράσεις και επιπλοκές (Anderson *et al.*, 2017).

Η επίσημη κατάρτιση ΗΤ άρχισε ως πρόγραμμα συνεχούς εκπαίδευσης νοσηλευτικής στη δεκαετία του '80 και από τότε έχει εξελιχθεί σε πρόγραμμα πιστοποίησης (Wardell & Weymouth, 2004) που υιοθετείται από την αμερικανική Ολιστική Ένωση Νοσηλευτών. Το θεραπευτικό άγγιγμα υποστηρίζεται θεωρητικά από τη θεωρία της ανθρώπινης φροντίδας του Ζαν Γουάτσον, η οποία περιγράφει την διασωματική νοσηλεία που προάγει την επούλωση του εαυτού και άλλων που βασίζονται στην σκοπιμότητα και φροντίδα θεραπείας συνείδησης. Ο Watson (2012) περιγράφει μια σύνδεση που δημιουργεί μια μοναδική σχέση που προωθεί την επούλωση, χρησιμοποιώντας δυναμική ενέργεια, τόσο στον ασθενή όσο και στη νοσηλεύτρια (Anderson *et al.*, 2017).

8.1. Ιστορική αναδρομή του θεραπευτικού αγγίγματος

Όλοι οι πολιτισμοί, τόσο αρχαίοι όσο και σύγχρονοι, έχουν αναπτύξει κάποια μορφή θεραπείας αφής ως μέρος της επιθυμίας των ανθρώπων να θεραπεύσουν και να

φροντίσουν ο ένας τον άλλον. Η παλαιότερη γραπτή απόδειξη της χρήσης της επαφής για την ενίσχυση της θεραπείας προέρχεται από την Ασία πριν από περισσότερα από 5.000 χρόνια. Αυτή η θεραπευτική χρήση των χεριών έχει μεταφερθεί από γενιά σε γενιά ως εργαλείο θεραπείας. Ωστόσο, φιλοσοφίες και πολιτισμικές διαφορές έχουν επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο η αφή έχει χρησιμοποιηθεί σε ολόκληρο τον κόσμο. Η ανατολική θεώρηση βασίστηκε τις πρακτικές θεραπείας αφής σε ενεργειακά κανάλια (μεσημβρινούς), ενεργειακά πεδία (αύρες) και ενεργειακά κέντρα (τσάκρα) (Umbrett, 2014). Εμπειρογνώμονες στις ενεργειακές θεραπείες αφής χρησιμοποιούν τα χέρια τους για να επηρεάσουν αυτή τη ροή ενέργειας, για να προωθήσουν την ισορροπία και την επούλωση. Η δυτική άποψη επικεντρώνεται στις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν σε κυτταρικό επίπεδο από θεραπείες αφής που πιστεύεται ότι επηρεάζουν την επούλωση. Μια ανάμειξη, τόσο των ανατολικών όσο και των δυτικών τεχνικών, έχει οδηγήσει σε έκρηξη μια μεγάλη ποικιλία θεραπειών αφής. Ο θηλασμός έχει χρησιμοποιήσει την αφή καθόλη την ιστορία της και οι νοσηλευτές έχουν χρησιμοποιήσει πολλές τεχνικές αφής στην πρακτική τους. Μία από αυτές τις θεραπείες είναι το θεραπευτικό άγγιγμα, το οποίο τώρα μπορεί να υπερηφανεύεται για περισσότερα από 50.000 άτομα, τα οποία έχουν εκπαιδευτεί σε όλο τον κόσμο, με περίπου 2.000 πιστοποιημένους επαγγελματίες, και 200 πιστοποιημένους εκπαιδευτές τα τελευταία 23 χρόνια. Η έννοια των ενεργειακών συστημάτων ως μέρος του ανθρώπινου αλληλεπιδραστικού περιβάλλοντος και της θεραπείας αποτελεί μέρος πολλών πολιτισμών εδώ και αιώνες. Οι αρχαίες παραδόσεις της Ανατολικής Ινδίας μιλάνε για μια καθολική ενέργεια (prana) που ρέει και ενεργοποιεί τη δύναμη της ζωής (kundalini). Στην Κίνα, την Ιαπωνία και την Ταϊλάνδη, η βασική ενέργεια ζωής ονομάζεται Chi, Qi, ή Ki. Οι Αιγύπτιοι το ονόμαζαν ankh και οι Πολυνησιανοί αναφέρονται σε αυτό ως μάνα. Η κοινή αρχή είναι ότι μια ανισορροπία αυτής της ενεργειακής δύναμης μπορεί να οδηγήσει σε ασθένεια (Umbrett, 2014).

Το θεραπευτικό άγγιγμα διδάσκεται και ασκείται σε 37 χώρες σε όλο τον κόσμο, (μεταξύ των οποίων φτωχές κοινότητες με λίγους οικονομικούς πόρους), με περισσότερο χώρες που συνεχίζουν να ζητούν εκπαίδευση HT κάθε χρόνο. Από το 2012, το θεραπευτικό άγγιγμα έχει διδαχθεί στην Αργεντινή, την Αυστραλία, το Μπελίζ, τις Βερμούδες, τη Βολιβία, την Καμπότζη, τον Καναδά, την Κολομβία, τη Δανία, τον Ισημερινό, το Ελ Σαλβαδόρ, την Αγγλία, τη Φινλανδία, Ιαπωνία, Κορέα, Μεξικό, Νεπάλ, Κάτω Χώρες, Νέα Ζηλανδία, Νικαράγουα, Περού, Ρουμανία, Νότια Αφρική, Σουηδία, Τανζανία, Ταϊλάνδη. Οι δεξιότητες του HT μπορούν να μεταδοθούν σε διαφορετικούς πολιτισμούς, προσαρμόζοντας κατάλληλα τις μορφές διδασκαλίας στον πολιτισμό και τους διαθέσιμους πόρους (Umbrett, 2014).

9. ΒΟΤΑΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ολοένα και πιο δημοφιλής τρόπος διαχείρισης του πόνου είναι η φυσική θεραπεία αυτού, δηλαδή τα φαρμακευτικά βότανα, όπου ένα μέρος ενός φυτού χρησιμοποιείται για θεραπευτικούς λόγους σε προβλήματα υγείας. Πολλά βότανα θεωρούνται πως παρέχουν συστατικά που βοηθούν στη διαχείριση του πόνου και έτσι μειώνουν τη φλεγμονή (Senga, et al., 2017). Τα φυτικά φάρμακα ή οι φυτικές θεραπείες, που χρησιμοποιούνται εδώ και χιλιάδες χρόνια, συνεχίζουν να καταλαμβάνουν ένα μέρος κεντρικής σημασίας σε πολλές θεραπευτικές παραδόσεις του κόσμου (Plotnikof, 2006) γι' αυτό το λόγο δεν έχει ανακαλυφθεί σχεδόν κανένας άνθρωπος πολιτισμός που να μην κάνει χρήση τους (Fugh-Berman, 2007). Η χρήση φυτικών θεραπειών αποτελεί γνωστή μέθοδος για τη θεραπεία του πόνου, είτε μόνη της (εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης), είτε ως συμπλήρωμα των παραδοσιακών ιατρικών προσεγγίσεων (συμπληρωματική μέθοδος αντιμετώπισης) (Wirth, Hudgins and Paice, 2005). Επίσης, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως πολλά από τα αλλοπαθητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα βρίσκουν την προέλευσή τους σε φυτικά προϊόντα (Deconinck, 2017). Τέλος, τα βότανα περιέχουν μια εκπληκτική ποικιλία δραστικών συστατικών που μπορούν να έχουν ισχυρότερες επιδράσεις, τόσο θετικές όσο και αρνητικές, στους ανθρώπους (Fugh-Berman, 2007). Επομένως, η επιφυλακτικότητα χρήζει υποχρέωσης (Sengar, et al., 2017).

9.1. Ιστορική αναδρομή της βοτανοθεραπείας

Τα βότανα και τα υπόλοιπα φυσικά προϊόντα, (όπως τα μπαχαρικά), αποτελούν την παλαιότερη και ευρέως περισσότερο χρησιμοποιούμενη μορφή φαρμάκων. Η χρήση των βοτάνων για τη θεραπεία της νόσου και την προώθηση της ευημερίας μπορεί να ανιχνευθεί σε πολλούς πολιτισμούς από το 3000 π.Χ. (Βαρθολομαίος, 2003). Για παράδειγμα, τον 5ο αι. μ.Χ., ο Ιπποκράτης συνιστούσε τα φύλλα και το φλοιό του δέντρου ιτιάς (γένος *Salix*) για τον πόνο και τη φλεγμονή (Plotnikof, 2006).

Ωστόσο, άξιο ερωτήματος είναι το πώς ανακάλυψε ο πρωτόγονος άνθρωπος τις ιατρικές ιδιότητες των φυτών. Οι πρώτοι βοτανολόγοι πρόσεξαν ποια φυτά τρώγανε τα ζώα όταν δεν ένιωθαν καλά, και δοκίμασαν αυτά τα φυτά και οι ίδιοι. Ανακάλυψαν επίσης, μέσα από δοκιμές ποια φυτά ωφελούν και ποια βλάπτουν. Επομένως, όταν κάποιος έτρωγε ορισμένα άνθη και ένιωθε καλύτερα, θα τα δοκίμαζαν στη συνέχεια και άλλοι. Αν όμως κάποιος έτρωγε ορισμένες ρίζες και πάθαινε εξάνθημα, θα τις απέφευγαν οι υπόλοιποι. Τελικά, οι αρχέγονοι βρήκαν φυτά που τους βοηθούσαν να

κοιμηθούν, να μείνουν ξύπνιοι, να θεραπεύσουν τον πόνο και φυτά που καταπράυναν τα εγκαύματα από τον ήλιο. Αυτές οι πρωτόγονες ανακαλύψεις συστηματοποιήθηκαν στην αρχαία Ελλάδα, τη Ρώμη, την Αίγυπτο, την Κίνα και την Ινδία (Dollemore, et al., 2004).

Η παραδοσιακή ιατρική με τα βότανα συνεχίστηκε επί αιώνες, μέχρι τις απαρχές της σύγχρονης εποχής όταν αναπτύχθηκε η επιστήμη και η χημεία. Σε εκείνο το σημείο, οι επιστήμονες και οι γιατροί μπορούσαν να απομονώσουν τα ενεργά συστατικά ενός βοτάνου και να παρασκευάσουν ένα πιο ισχυρό φάρμακο με πιο γρήγορη δράση (Dollemore, et al., 2004). Έτσι, καταλήγοντας στη σημερινή εποχή διαπιστώνεται πως πολλά από τα αλλοπαθητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται βρίσκουν την προέλευση τους σε φυτικά προϊόντα. Μερικά παραδείγματα είναι το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (προέρχεται από τη λευκή ιτιά), η διγοξίνη (προέρχεται από την πορφυρή δακτυλίτιδα-digitalis purpurea), η μορφίνη (προέρχεται από τη μήκων η υπνοφόρος-ένα είδος παπαρούνας-papaversomniferum), η ατροπίνη (προέρχεται από τα φύλλα της μπελαντόνα) και η βινβλαστίνη (προέρχεται από την περικοκλάδα της Μαδαγασκάρης-catharanthusroseus) (Deconinck, 2017). Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως τα βότανα και τα φυτά είχαν και συνεχίζουν να έχουν σημαντικό ρόλο στην παραδοσιακή και στη βοτανική συμπληρωματική ιατρική (Deconinck, 2017), Dollemore, et al., 2004), (Fugh-Berman, 2007).

9.2. Χρήση της βοτανοθεραπείας

Η βοτανική ιατρική μπορεί να χρησιμοποιεί ένα ολόκληρο φυτό ή απλώς το φλοιό, τον καρπό, το βλαστό, τη ρίζα ή τους σπόρους του. Τα βότανα διατίθενται φρέσκα ή αποξηραμένα και σε δισκία, κάψουλες και βάμματα (που διατηρούνται σε αλκοόλ, γλυκερίνη ή κάποιο άλλο υγρό).

Στη σημερινή εποχή, το ενδιαφέρον για την παραδοσιακή ιατρική και τις φυτικές εναλλακτικές ουσίες έχει αυξηθεί ιδιαίτερα, κυρίως στον βιομηχανικό κόσμο. Αυτό οφείλεται σε μια γενική τάση επιστροφής στα παραδοσιακά και φυσικά προϊόντα, η οποία προωθείται από εκστρατείες διαφήμισης (Deconinck, 2017). Στο πλαίσιο του DSHEA (Dietary Supplement Health and Education Act), τα φυτικά φάρμακα μπορούν να πωληθούν για «τόνωση, υποστηρίζοντας, ρυθμίζοντας και προωθώντας την υγεία» και όχι για θεραπεία ασθενειών (Plotnikof, 2006). Πολλοί δοκιμάζουν τη βοτανοθεραπεία, γιατί αναζητούν μέσα αυτοβοήθειας και πρόληψης των ασθενειών,

σε μια εποχή που έχει αυξηθεί δραματικά το κόστος της περίθαλψης (Dollemore, et al., 2004).

Παρακάτω παρουσιάζονται δυο μεμονωμένα φαρμακευτικά βότανα που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για ορισμένα νοσήματα, στα οποία ο πόνος αποτελεί κύριο σύμπτωμα.

- Πιπεριές τσίλι (*capsicum*): το γεγονός ότι η τοπική εφαρμογή πιπεριών τσίλι μπορεί να μειώσει τον πόνο έχει επιτρέψει στη χρήση του φυτού αυτού να ενταχθεί στην συμβατική ιατρική. Το δραστικό συστατικό του, η καψαϊκίνη, έχει χρησιμοποιηθεί σε μια κρέμα που εφαρμόζεται σε αρθρώσεις που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα. Στην Ελλάδα, και γενικότερα, κυκλοφορούν στο εμπόριο έμπλαστρα που περιέχουν καψαϊκίνη για την ανακούφιση από τον πόνο οστεοαρθρίτιδας, ισχιαλγίας, οσφυαλγίας κ.λπ.
- Έλαιο EPO (Evening primrose oil από το φυτό *Oenothera biennis*): είναι ένα αγριόχορτο που φύεται στις άκρες των δρόμων και κυρίως δίπλα στις σιδηροτροχιές των τρένων. Έχει όμορφα κίτρινα άνθη, που ανοίγουν το βράδυ και παραμένουν ανοικτά μέχρι την επόμενη μέρα. Το έλαιο αυτό είναι πλούσιο σε λινολεϊκό οξύ και γάμμα-λινολενικό οξύ (απαραίτητα λιπαρά οξέα). Μια μελέτη 414 ασθενών που είχαν πόνους στο στήθος, τόσο κυκλικούς (λόγω του εμμηνορρυσιακού κύκλου) όσο και μη κυκλικούς (συνεχείς), διαπίστωσε ότι το EPO ήταν εξίσου αποτελεσματικό με το συνταγογραφούμενο φάρμακο βρωμοκρυπτίνη, αλλά όχι τόσο αποτελεσματικό όσο το συνταγογραφούμενο φάρμακο danazol. Ωστόσο, το EPO είχε λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και από τα δύο αυτά φάρμακα (Dollemore, et al., 2004).

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί πως δεν έχουν όλα τα βότανα αναγκαστικά γρήγορα αποτελέσματα στα χρόνια προβλήματα υγείας. Για κάποιες μακροπρόθεσμες παθήσεις, ίσως χρειαστεί να πάρει κάποιος ασθενής ένα βότανο για αρκετό καιρό μέχρι να επέλθουν αποτελέσματα (Dollemore, et al., 2004).

9.3. Ανεπιθύμητες ενέργειες των βοτάνων

Μια κοινή παρερμηνεία, όσον αφορά τα φυτικά φάρμακα είναι ότι τα βότανα δεν έχουν παρενέργειες επειδή είναι "φυσικά" (Plotnikof, 2006). Το γεγονός όμως πως κάτι είναι φυσικό, δε σημαίνει ότι είναι απαραίτητως και ασφαλές. Η δραστηριότητα ενός φυτικού φαρμάκου βασίζεται στη συγκέντρωση ορισμένων ενεργών συστατικών

που υπάρχουν στο ακατέργαστο φυτικό υλικό. Αυτές οι συγκεντρώσεις μπορεί να ποικίλουν και αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως το κλίμα, οι συνθήκες καλλιέργειας, ο χρόνος συγκομιδής, η ξήρανση, η αποθήκευση, η διαδικασία εξαγωγής και ούτω καθεξής. Η μεγάλη μεταβλητότητα στη συγκέντρωση των ενεργών συστατικών μπορεί να αλλοιώσει την ποιότητα των φυτικών φαρμάκων με αποτέλεσμα να τεθεί η υγεία και η ασφάλεια του ασθενούς σε κίνδυνο (Deconinck, 2017). Ωστόσο, οι επιδράσεις των βοτάνων ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, το βάρος, τους γενετικούς παράγοντες, το φύλο και τη βιοχημεία του κάθε ατόμου. Μερικά βότανα μπορούν επίσης να αλληλεπιδράσουν με άλλα φάρμακα και πρέπει να χρησιμοποιούνται μαζί με αυτά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και κάτω από συνεχή επίβλεψη (Fugh-Berman, 2007).

Οι θεραπείες με βότανα είναι ασφαλές μόνο εάν τα αρωματικά φυτά είναι κατασκευασμένα με τον σωστό τρόπο, χρησιμοποιούνται για τη σωστή ένδειξη, στα σωστά ποσά, για τη σωστή διάρκεια και με την κατάλληλη παρακολούθηση (Plotnikof, 2006).

Η βοτανοθεραπεία λοιπόν, αποτελεί μια από τις παλαιότερες και ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας και προώθησης της ευεξίας. Είναι από τις θεραπείες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν είτε συμπληρωματικά με τη συμβατική ιατρική, είτε εναλλακτικά. Η χρήση βοτάνων και γενικότερα φυσικών προϊόντων φαίνεται πως είναι αποτελεσματική (ακόμη και μακροπρόθεσμα), ωστόσο χρήζει προσοχής. Τα βότανα θεωρούνται φάρμακα, και όπως τα φάρμακα πρέπει να είναι γνωστός ο τρόπος που τα παίρνει κανείς, πόσο συχνά και τη δοσολογία. Όλα αυτά φυσικά, υπό την επίβλεψη ενός ειδικού (Dollemore, et al., 2004).

Β' ΜΕΡΟΣ

1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ/Ή ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

1.1. Γενικά στοιχεία για τις CAM θεραπείες.

Τα τελευταία χρόνια η υγειονομική περίθαλψη έχει δώσει μεγάλη έμφαση στην αντιμετώπιση του πόνου, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής πρακτικής. Η ανεπαρκής ανακούφιση από τον πόνο έχει αποδειχθεί ότι έχει ανεπιθύμητες φυσιολογικές και ψυχολογικές συνέπειες. Οι συνέπειες αυτές περιλαμβάνουν τη μείωση του ανοσοποιητικού συστήματος, την αργή επούλωση των τραυμάτων, αλλά και το άγχος που συνδέεται με τον ανεπίλυτο πόνο και μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Αυτές οι συνέπειες μπορεί να οδηγούν σε αύξηση της διάρκειας διαμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και σε μειωμένη ικανοποίηση τους. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι νοσηλευτές ερευνητές επικεντρώνονται σε αυτό το δύσκολο έργο και εξετάζουν μια ποικιλία παραγόντων που μπορούν να μειώσουν τις επιπτώσεις στην διαχείριση του πόνου. Η συμπληρωματική και/ή εναλλακτική ιατρική (CAM) μπορεί να συμπληρώσει τις συμβατικές ιατρικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση του οξέος πόνου (Ms, Rn-bc and Rn, 2013).

Οι προσεγγίσεις CAM περιλαμβάνουν μια ομάδα διαφορετικών πεποιθήσεων και πρακτικών, όπως πνευματικές θεραπείες, προϊόντα που προέρχονται από φυτά, ζώα ή ανόργανα στοιχεία, τεχνικές που βασίζονται σε χειρισμούς, και ασκήσεις που γενικά δεν θεωρούνται μέρος της συμβατικής ιατρικής. Γενικά, οι CAM θεωρούνται ως συμπληρωματική πρακτική στην συμβατική ιατρική ή ως στρατηγική αυτο-φροντίδας. Η χρήση των CAM γίνεται όλο και πιο διαδεδομένη, ιδίως σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Τέτοιες ομάδες αποτελούν για παράδειγμα, ογκολογικοί ασθενείς (τα τελευταία 15 χρόνια το ποσοστό υπερβαίνει το 49% χρήσης των CAM σε αυτή την ομάδα) και ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο (τουλάχιστον το 80%) (Chang and Chang, 2015).

Το μασάζ αποτελεί τη πιο κοινή μορφή CAM που χρησιμοποιείται στην συμπληρωματική πρακτική της συμβατικής ιατρικής, ακολουθούμενη από το διαλογισμό- τη γιόγκα, τα φυτικά συμπληρώματα, τη μουσικοθεραπεία και το βελονισμό. Ωστόσο, αυτό δεν ισχύει σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς οι CAM σχετίζονται με το περιβάλλον περίθαλψης και το πολιτιστικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, όσον αφορά το πολιτιστικό πλαίσιο, ο βελονισμός δεν χρησιμοποιείται σε ίδιο ποσοστό στην Ασία

με την Αμερική, καθώς είναι διαφορετικές οι πεποιθήσεις. Ενώ όσον αφορά το περιβάλλον περίθαλψης, παρατηρείται πως σε χειρουργικούς ασθενείς χρησιμοποιείται περισσότερο το μασάζ ως συμπληρωματική θεραπεία για την προαγωγή της χαλάρωσης, ενώ σε παρηγορητική φροντίδα χρησιμοποιείται σε μεγαλύτερο βαθμό η μουσικοθεραπεία ως μη φαρμακολογική στρατηγική διαχείρισης του πόνου. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι CAM αυξάνουν το επίπεδο άνεσης των ασθενών και βελτιώνουν την αίσθηση ικανοποίησής τους από τη θεραπεία (Chang and Chang, 2015).

Οι συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες προσφέρουν στους νοσηλευτές την ευκαιρία να παρέχουν ολιστική φροντίδα στους ασθενείς και να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα και την ανάκτηση της υγείας τους (Ms, Rn-bc and Rn, 2013). Η ολιστική φροντίδα επιδιώκει να θεραπεύσει ολόκληρο το άτομο, σε αντίθεση με τη θεραπεία των συμπτωμάτων, δηλαδή αναγνωρίζει την ανθρωπιστική φροντίδα και την θεραπευτική φύση των παρεμβάσεων, οι οποίες συχνά χρησιμοποιούν πολλές μορφές για να υποστηρίξουν το μυαλό, το σώμα και το πνεύμα στο θεραπευτικό πλαίσιο (Braun, 2014). Οι CAM μπορούν να θεωρηθούν ένα επιπλέον εργαλείο για τους νοσηλευτές, το οποίο θα τους βοηθήσει στις ανάγκες διαχείρισης του πόνου των ασθενών. Επιπλέον, η δύναμη της ενσωμάτωσης των θεραπειών CAM στη διαχείριση του πόνου είναι ότι προσφέρει, τόσο στον ασθενή όσο και στους νοσηλευτές, τη δυνατότητα επιπλέον επιλογών για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών (Ms, Rn-bc and Rn, 2013).

1.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι θεραπείες CAM.

Οι νοσηλευτές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας και διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην περίθαλψη, την εκπαίδευση, την υπεράσπιση και τη λήψη αποφάσεων. Η συμπληρωματική και/ή εναλλακτική ιατρική αναγνωρίζεται σταδιακά όλο και περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας. Σε πολλές από τις μελέτες, οι συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες περιγράφηκαν από νοσηλευτές ως σημαντικά οφέλη στο επάγγελμα τους και στη νοσηλευτική πρακτική. Οι CAM μπορούν να κάνουν τη νοσηλευτική πρακτική «καλύτερη» και να «εμβαθύνουν» επεκτείνοντας την «εργαλειοθήκη» της, επιτρέποντας στο νοσηλευτικό προσωπικό να επιτύχει υψηλότερο επίπεδο φροντίδας. Ακόμη, μπορούν να λειτουργήσουν ως ένας τρόπος ενίσχυσης της νοσηλευτικής πρακτικής, ενδυνάμωσης των ασθενών και μετατροπής του ασθενή στο επίκεντρο των νοσηλευτών (Hall *et al.*, 2017).

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν αναπόσπαστο ρόλο στην παροχή φροντίδας μέσω των συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπειών, γι' αυτό η εμπλοκή τους είναι σημαντική για τη συνεχιζόμενη επιτυχία μιας ολοκληρωμένης θεραπείας. Ένας από τους στόχους των επαγγελματιών υγείας, για την εξέλιξη της υγειονομικής περίθαλψης, είναι η περαιτέρω ενσωμάτωση της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, που σκοπό έχει τη συμπλήρωση των παρεμβάσεων που λαμβάνουν οι ασθενείς. Οι παρεμβάσεις κρίνονται σύμφωνες με το πρόγραμμα, τη φιλοσοφία του νοσηλευτικού τμήματος και του μοντέλου περίθαλψης των ασθενών. Το αντίκτυπο των ολοκληρωμένων θεραπειών έχει τεκμηριωθεί για την παροχή άμεσων και ευεργετικών επιδράσεων στον πόνο μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών. Μετά από παρεμβάσεις ολοκληρωτικής θεραπείας, ο μέσος όρος μείωσης του πόνου ήταν πάνω από 55%. Οι εργασίες επικεντρώνονται επίσης, στην ενίσχυση ενός συνολικού θεραπευτικού περιβάλλοντος που περιλαμβάνει την ανάπτυξη θετικών και συνεργατικών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών και των γιατρών, καθώς αυτό έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τον ασθενή αποτελεσματικά (Pestka and Cutshall, 2014).

Σύμφωνα με μια έρευνα το 66,4% των νοσηλευτών έχουν θετική στάση απέναντι στις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες και πάνω από το ήμισυ (53,7%) τις ενσωματώνουν στην επαγγελματική τους πρακτική. Η υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας για τις θεραπείες αυτές αποτελεί μια προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς. Η στάση των νοσηλευτών έναντι των συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών είναι σημαντική, επειδή είναι πιθανό να επηρεάσει την απόφαση των ασθενών σχετικά με αυτές τις θεραπείες (Hall *et al.*, 2017). Ωστόσο, το 77,4% των νοσηλευτών δεν έχει μια ολοκληρωμένη κατανόηση των συναφών κινδύνων και οφελών. Πολλοί νοσηλευτές αισθάνονται ότι στερούνται γνώσης, εκπαίδευσης, κατάρτισης, θεσμικής υποστήριξης, πόρων και εξοπλισμού κατά την εφαρμογή των CAM. Η ικανότητα τους να επικοινωνούν με τους ασθενείς για τη συμπληρωματική εναλλακτική ιατρική υπονομεύεται, λόγω της έλλειψης επίσημης εκπαίδευσης και κατάρτισης σχετικά με αυτή. Η θετική στάση των νοσηλευτών απέναντι στις CAM, στην πραγματικότητα αντιβαίνει με τις γνώσεις τους για αυτές. Ακόμα κι αν οι νοσηλευτές έχουν ένα ανοιχτό πνεύμα στάσης απέναντι στις CAM, παρουσιάζουν αρκετά κενά στις γνώσεις αυτών, κάτι που μπορεί να τους αποτρέψει την αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών. Η έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας

με τον ασθενή μπορεί να σταθεί εμπόδιο για τους νοσηλευτές να ενσωματώσουν με επιτυχία τις CAM στην κλινική πρακτική και να παρέχουν ολιστική φροντίδα υψηλής ποιότητας (Ms, Rn-bc and Rn, 2013).

Κρίνεται αναγκαίο λοιπόν, οι νοσηλευτές να κατανοήσουν τη φύση όλων των θεραπειών που υποβάλλονται στους ασθενείς τους, καθώς και πώς επηρεάζουν αυτές οι θεραπείες τους ασθενείς. Επίσης, απαραίτητη είναι και η πρόσβαση των νοσηλευτών σε πόρους ενημέρωσης, ώστε να εξασφαλιστεί η επιβεβαίωση, ότι οι ασθενείς χρησιμοποιούν τις CAM με ασφάλεια. Η δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος θεραπείας απαιτεί ανοικτό διάλογο μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών, για να διευκρινίσουν τις προσδοκίες και να μοιραστούν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι πιο προσιτοί και ικανοί να συμμετέχουν σε ουσιαστικές συνομιλίες με τους ασθενείς σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών. Για να επιτευχθούν φυσικά όλα αυτά χρήζει απαραίτητη η σωστή κατάρτιση και απόκτηση γνώσεων σχετικών με τις CAM. Αυτή η πρόταση υπογραμμίζει την ανάγκη δημιουργίας εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν τη χρήση των CAM στην νοσηλευτική πρακτική, για να ξεπεραστούν τα εμπόδια επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Είναι απαραίτητο να καθιερωθούν πρώτα οι βασικές γνώσεις και πεποιθήσεις των νοσηλευτών που σχετίζονται με τις CAM, έτσι ώστε να μπορούν να ξεκινήσουν επαρκή εκπαιδευτικά προγράμματα, τα οποία θα συμβάλλουν στην άμβλυνση των φραγμών της ενσωμάτωσης των CAM στην οξεία φροντίδα του ασθενή (Ms, Rn-bc and Rn, 2013).

Μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, με τους νοσηλευτές να αποτελούν αναπόσπαστα μέλη της ομάδας, παρέχουν εκπαίδευση στους ασθενείς και στα μέλη των οικογενειών τους, σχετικά με τη διαχείριση των φαρμάκων, τη θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς, τις CAM θεραπείες, την αντιμετώπιση του άγχους, τον υγιή ύπνο και τη διαχείριση του τρόπου ζωής. Αυτά τα δωρεάν εκπαιδευτικά προγράμματα ενισχύουν την αυτο-φροντίδα και την υποστήριξη της ολιστικής επούλωσης (Lindquist, et al., 2014). Οι νοσηλευτές πρέπει να ενεργούν ως «δικηγόροι» για τους ασθενείς τους και να τους παρέχουν τις πληροφορίες που απαιτούνται για να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους και την υγειονομική περίθαλψη. Οι πληροφορίες αυτές σχετίζονται με τις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες. Οι νοσηλευτές ως αφοσιωμένοι υποστηρικτές των ασθενών, πρέπει να κατανοήσουν το δικό τους ρόλο στη διατήρηση της ασφάλειας των ασθενών κατά την παροχή φροντίδας και να αυξήσουν τις δυνατότητες καλύτερης περίθαλψης.

Δεδομένου ότι η σχέση μεταξύ του πόνου και της χρήσης των CAM γίνεται όλο και περισσότερο ισχυρή, απαιτείται οι νοσηλευτές να γνωρίζουν τις τρέχουσες θεραπείες και τις πρακτικές CAM. Η εκπαίδευση που σχετίζεται με τις CAM είναι απαραίτητη, έτσι ώστε οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης να μπορούν να παρέχουν συμβουλές στους ασθενείς (Ms, Rn-bc and Rn, 2013). Ιδίως σε συγκεκριμένες νοσηλευτικές ειδικότητες, που σχετίζονται περισσότερο με τον πόνο (κοιλιακό άλγος, πόνος στο στήθος και κεφαλαλγία), όπως η χειρουργική νοσηλευτική, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι καλά καταρτισμένοι, έτσι ώστε να διαχειριστούν αποτελεσματικά τον πόνο των ασθενών (Ms, Rn-bc and Rn, 2013).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ένα πρότυπο νοσοκομειακό πρόγραμμα που στοχεύει την ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη με ολιστική προσέγγιση, μέσω των συμπληρωματικών και/ή εναλλακτικών θεραπειών. Το Penny George Institute for Health and Healing είναι το μεγαλύτερο νοσοκομειακό πρόγραμμα του είδους του στις Ηνωμένες Πολιτείες και αποτελεί πρότυπο για την ενίσχυση της υγείας μέσω μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης. Η αποστολή αυτού του καινοτόμου προγράμματος είναι να μετασχηματίσει την τοπική υγειονομική περίθαλψη παρέχοντας εξαιρετική ολοκληρωμένη φροντίδα και μετασχηματίζοντας την υγειονομική περίθαλψη σε εθνικό επίπεδο μέσω της ανάπτυξης και της διάδοσης ολοκληρωμένων πρακτικών που βελτιώνουν την ποιότητα, εξασφαλίζουν ασφάλεια και μειώνουν το κόστος. Το George Institute for Health and Healing ενσωματώνει στις υπηρεσίες του τις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες, όπως το βελονισμό, την αρωματοθεραπεία, τη θεραπευτική επαφή, τη μουσικοθεραπεία, τη ρεφλεξολογία και το θεραπευτικό μασάζ. Οι επαγγελματίες υγείας της ολοκληρωμένης θεραπείας παρέχουν περισσότερες από 900 παρεμβάσεις σε ασθενείς που βρίσκονται σε νοσοκομειακή περίθαλψη και περισσότεροι από 60.000 ασθενείς έχουν επωφεληθεί από τις υπηρεσίες αυτές από την αρχή του προγράμματος το 2003 (Pestka and Cutshall, 2014).

1.3. Κίνδυνοι λόγω έλλειψης γνώσεων των CAM θεραπειών.

Πολλοί ασθενείς συνδυάζουν τις CAM θεραπείες με συμβατικές και ένα ποσοστό 20-77% αυτών δεν αποκαλύπτουν αυτές τις «στρατηγικές αυτο-φροντίδας» στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Chang and Chang, 2015). Οι ασθενείς δεν μπορούν να αποκαλύψουν τη χρήση συμπληρωματικών θεραπειών επειδή πιστεύουν πως, είτε θα αντιμετωπίσουν μια αρνητική στάση από τους επαγγελματίες υγείας, είτε πως ο ασκούμενος δεν χρειάζεται να γνωρίζει ή απλώς γιατί δεν τους ζητήθηκε

συγκεκριμένα. Η μη αποκάλυψη έχει ως αποτέλεσμα ο πάροχος της υγειονομικής περίθαλψης να μην διαθέτει τις απαραίτητες πληροφορίες για να βοηθήσει τον ασθενή να διατυπώσει μια κατάλληλη, καλά ενημερωμένη κλινική απόφαση (Hall *et al.*, 2017). Αυτό φυσικά μπορεί να οδηγήσει σε ιατρικές επιπλοκές, καθώς η πιθανή χρήση CAM ενδέχεται να βλάψει την αποτελεσματικότητα των συμβατικών ιατρικών θεραπειών και να προκαλέσουν βλάβη στον ασθενή (Ms, Rn-bc and Rn, 2013). Για παράδειγμα, οι δυσμενείς αλληλεπιδράσεις μεταξύ των τροφίμων, των συνθετικών ναρκωτικών και της βοτανοθεραπείας μπορούν να αυξήσουν τους κινδύνους για την υγεία των ασθενών, με πιθανές σοβαρές συνέπειες.

Η αποτυχία να αποκαλυφθεί η χρήση των CAM μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες, όπως: η αποτυχία από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας να κάνουν τις σχετικές έρευνες ή την πεποίθηση του ασθενούς ότι η χρήση των CAM (ως συμπλήρωμα) δεν σχετίζεται με τη συμβατική ιατρική. Η αποφυγή των δυνητικά απειλητικών για τη ζωή αλληλεπιδράσεων των CAM με τη συμβατική ιατρική είναι ουσιαστικής σημασίας για τους νοσηλευτές, τους γιατρούς και τους φαρμακοποιούς (οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που συνταγογραφούν και / ή χορηγούν φάρμακα). Γι' αυτό τον λόγο δεν θα έπρεπε να ενσωματωθούν οι CAM στην κλινική νοσηλευτική πρακτική, χωρίς να έχει προηγηθεί κατάλληλος έλεγχος του ιστορικού των ασθενών. Η ευθύνη έγκειται αρχικά από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πρέπει να συμβουλευθούν τους ασθενείς για την ορθή χρήση των θεραπειών CAM με τη συμβατική ιατρική (Chang and Chang, 2015). Αυτό κρίνεται αναγκαίο διότι, παρά την ευρέως διαδεδομένη υπόθεση ότι οι συμπληρωματικές θεραπείες είναι «φυσικές» και συνεπώς ασφαλείς, υπάρχει ένας αριθμός συναφών κινδύνων. Συγκεκριμένα, υπάρχει ανησυχία ότι κάποια από του στόματος συμπληρώματα μπορεί να αλληλεπιδράσουν με τα φαρμακευτικά προϊόντα (Ms, Rn-bc and Rn, 2013). Ωστόσο, οι κίνδυνοι αυτοί μπορούν να εξαλειφθούν αφού οι επαγγελματίες υγείας αποκτήσουν την κατάλληλη εκπαίδευση και υπάρξει μια εποικοδομητική συνεργασία αυτών με τους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η αντιμετώπιση του πόνου είναι ζωτικής σημασίας τόσο για τον ασθενή όσο και για την κοινωνία γενικότερα. Στόχος της αντιμετώπισης του πόνου είναι η αύξηση της ποιότητας ζωής του ασθενή με πολυεπιστημονική και πολυτροπική προσέγγιση. Υπάρχουν δυο τρόποι αντιμετώπισης του πόνου, αυτός της φαρμακευτικής αγωγής και αυτός που περιλαμβάνει τις εναλλακτικές και/ή συμπληρωματικές θεραπείες. Αυτοί οι δυο τρόποι μπορούν χρησιμοποιηθούν, είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους, είτε ξεχωριστά. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας προωθούν τις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες ως ευκαιρία για εξατομίκευση της περίθαλψης και νοσηλευτικής πρακτικής με έναν ανθρωπιστικό τρόπο. Ωστόσο, οι νοσηλευτές έχουν πολύ περιορισμένη εκπαίδευση σε αυτόν τον τομέα και έλλειψη επαγγελματικών πλαισίων για να τους βοηθήσουν. Η έλλειψη γνώσεων των νοσηλευτών για την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική αποτελεί λόγο ανησυχίας, ιδιαίτερα ενόψει της ευρύτατης έκβασής της στην κλινική πρακτική. Το επάγγελμα του νοσηλευτή πρέπει να εξετάσει τον τρόπο αντιμετώπισης των σημερινών ελλείψεων των γνώσεων και των δεξιοτήτων, καθώς παράλληλα παρατηρείται αύξηση της χρήσης των CAM θεραπειών από τους ασθενείς. Με την έλλειψη της σωστής εκπαίδευσης για τις θεραπείες αυτές το προσωπικό υγείας μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς. Όσο οι γνώσεις, οι εμπειρίες και οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τις CAM πρακτικές εξελίσσονται, τόσο αυτές οι πρακτικές γίνονται νέα κανονιστική συμπεριφορά, επιτρέποντας στους ασθενείς συνεκτική πρόσβαση σε επιλογές πολυτροπικής θεραπείας. Έτσι, κρίνεται σημαντική η ανάγκη δημιουργίας εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν τη χρήση των CAM στην νοσηλευτική πρακτική, για να ξεπεραστούν τα εμπόδια επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Οι νοσηλευτές μπορούν να συνεχίσουν να λειτουργούν ως ισχυροί υποστηρικτές για τους ασθενείς, τις οικογένειες και να επικοινωνούν με μέλη διεπιστημονικών ομάδων που προωθούν τη χρήση αυτών των θεραπειών. Τέλος, πρέπει να επισημανθεί πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ισχυρός, καθώς μπορεί να επηρεάσει τα πρότυπα και τις κατευθυντήριες γραμμές για τις κλινικές νοσοκομειακές πρακτικές σε σχέση με τις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες.

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1. Lifetime Modulation of the Pain System via Neuroimmune and Neuroendocrine interactions

Ihssane Zouikr and Bianka Karshikoff

Chronic pain is a debilitating condition that still is challenging both clinicians and researchers. Despite intense research, it is still not clear why some individuals develop chronic pain while others do not or how to heal this disease. In this review, we argue for a multisystem approach to understand chronic pain. Pain is not only to be viewed simply as a result of aberrant neuronal activity but also as a result of adverse early-life experiences that impact an individual's endocrine, immune, and nervous systems and changes which in turn program the pain system. First, we give an overview of the ontogeny of the central nervous system, endocrine, and immune systems and their windows of vulnerability. Thereafter, we summarize human and animal findings from our laboratories and others that point to an important role of the endocrine and immune systems in modulating pain sensitivity. Taking "early-life history" into account, together with the past and current immunological and endocrine status of chronic pain patients, is a necessary step to understand chronic pain pathophysiology and assist clinicians in tailoring the best therapeutic approach.

Διάρκεια Διαμόρφωσης του Συστήματος του Πόνου μέσω των Ανοσολογικών και των Νευροενδοκρινικών αλληλεπιδράσεων

Ο χρόνιος πόνος είναι μια εξουθενωτική κατάσταση που εξακολουθεί να προκαλεί τόσο τους κλινικούς όσο και τους ερευνητές. Παρά την έντονη έρευνα, δεν είναι ακόμα σαφές γιατί ορισμένα άτομα αναπτύσσουν χρόνιο πόνο (ενώ άλλα δεν εμφανίζουν) ή πώς να θεραπεύσουν αυτή την ασθένεια. Σε αυτήν την κριτική, υποστηρίζουμε μια πολυσυστηματική προσέγγιση για την κατανόηση του χρόνιου πόνου. Ο πόνος δεν πρέπει να θεωρείται απλά ως αποτέλεσμα της έκτακτης νευρωνικής δραστηριότητας αλλά και ως αποτέλεσμα δυσμενών εμπειριών πρώιμης ζωής που επηρεάζουν τα ενδοκρινικά, ανοσοποιητικά και νευρικά συστήματα ενός ατόμου και αλλαγών που με τη σειρά τους ενεργοποιούν το σύστημα του πόνου. Πρώτον, δίνουμε μια γενική εικόνα της οντογένειας του κεντρικού νευρικού συστήματος, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος και τα σημεία ευαισθησίας τους. Στη συνέχεια, συνοψίζουμε τα ευρήματα ανθρώπων και ζώων από τα εργαστήριά μας και άλλα που δείχνουν έναν σημαντικό ρόλο του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος στη ρύθμιση της ευαισθησίας στον πόνο. Η συνεκτίμηση του "πρώιμου ιστορικού", μαζί με την παρελθούσα και την τρέχουσα ανοσολογική και ενδοκρινική κατάσταση των ασθενών με χρόνιο πόνο, είναι ένα απαραίτητο βήμα για να κατανοηθεί η παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου και να βοηθηθούν οι κλινικοί για την προσαρμογή της καλύτερης θεραπευτικής προσέγγισης.

2. Evidence-based Evaluation of Complementary Health Approaches for Pain Management in the United States

Richard L. Nahin, Robin Boineau, Partap S. Khalsa, Barbara J. Stussman, B.A., and Wendy J. Weber

While most pain is acute, resolving within a few days or weeks, millions of Americans suffer from persistent or recurring pain that may become chronic and debilitating. Medications may provide only partial relief from this chronic pain and can be associated with unwanted side effects. As a result, many individuals turn to complementary health approaches as part of their pain management strategy. This article examines the clinical trial evidence for the efficacy and safety of several specific approaches – acupuncture, manipulation, massage therapy, relaxation techniques including meditation, selected natural product supplements (chondroitin, glucosamine, methylsulfonylmethane, S-adenosyl methionine), tai chi, and yoga – as used to manage chronic pain and related disability associated with back pain, fibromyalgia, osteoarthritis, neck pain, and severe headaches or migraines.

Αποδείξεις βασισμένες στην αξιολόγηση της συμπληρωματικής υγείας. Προσεγγίσεις για τη διαχείριση του πόνου στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Ενώ ο συχνότερος πόνος είναι οξύς, ο οποίος αντιμετωπίζεται μέσα σε λίγες μέρες ή εβδομάδες, εκατομμύρια Αμερικανοί υποφέρουν από επίμονο ή επαναλαμβανόμενο πόνο που μπορεί να γίνει χρόνιος και εξουθενωτικός. Τα φάρμακα μπορεί να παρέχουν μόνο μερική ανακούφιση από αυτόν τον χρόνιο πόνο και μπορεί να συσχετιστούν με ανεπιθύμητες παρενέργειες. Σαν αποτέλεσμα, πολλά άτομα στρέφονται σε συμπληρωματικές προσεγγίσεις υγείας ως μέρος της στρατηγικής διαχείρισης του πόνου. Το παρόν άρθρο εξετάζει τα αποδεικτικά στοιχεία της κλινικής δοκιμής για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια διάφορων ειδικών προσεγγίσεων - βελονισμός, χειρισμός, θεραπεία μασάζ, τεχνικές χαλάρωσης συμπεριλαμβανομένου του διαλογισμού, επιλεγμένα συμπληρώματα φυσικών προϊόντων (χονδροϊτίνη, γλυκοζαμίνη, μεθυλοσουλφονυλομεθάνιο, S-αδενοσουλίνη μεθειονίνη), tai chi και γιόγκα - όπως χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου και τη σχετική αναπηρία που σχετίζεται με πόνο στην πλάτη, ινομυαλγία, οστεοαρθρίτιδα, πόνο στο λαιμό και σοβαρούς πονοκεφάλους ή ημικρανίες.

3. Hormesis and homeopathy: The artificial twins

Sergei V. Jargin

Homeopathy claims a curative reaction from small doses of a substance, high doses of which cause symptoms similar to those the patient is suffering from. Hormesis is a concept of biphasic dose-response to different pharmacological and toxicological agents. According to this concept, a small dose of a noxious agent can exert a beneficial action. A hypothesis is defended here that hormesis as a general principle can be assumed only for the factors present in the natural environment thus having induced adaptation of living organisms. Generalizations of the hormesis phenomenon used in support of homeopathy are unfounded. Low-dose impacts may be associated with a higher risk in a state of organ sub-compensation or failure especially in the elderly patients. Practical recommendations should be based neither on the hormesis as a default approach nor on the postulates of homeopathy. All clinically relevant effects, hormetic or not, should be tested by the methods of evidence-based medicine.

Ορμόνες και ομοιοπαθητική: Τα τεχνητά δίδυμα

Η ομοιοπαθητική υποστηρίζει μια θεραπευτική αντίδραση από μικρές δόσεις μιας ουσίας, υψηλές δόσεις των οποίων προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που πάσχει ο ασθενής. Η ορμόνη είναι μια έννοια της διφασικής δόσης-απόκρισης σε διαφορετικούς φαρμακολογικούς και τοξικολογικούς παράγοντες. Σύμφωνα με αυτή την έννοια, μια μικρή δόση ενός επιβλαβούς παράγοντα μπορεί να ασκήσει ευεργετική δράση. Μια υπόθεση υποστηρίζει εδώ, ότι η ορμόνη μπορεί να θεωρηθεί ως γενική αρχή, μόνο για τους παράγοντες που απαντώνται στο φυσικό περιβάλλον προκαλώντας έτσι την προσαρμογή των ζωντανών οργανισμών. Οι γενικεύσεις του φαινομένου της ορμόνης που χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη της ομοιοπαθητικής είναι αβάσιμες. Επιπτώσεις χαμηλής δόσης μπορεί να σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο σε κατάσταση αποτυχίας, ειδικά στους ηλικιωμένους ασθενείς. Οι πρακτικές συστάσεις δεν θα πρέπει να βασίζονται ούτε στην ορμονική προσέγγιση, ούτε στην προεπιλεγμένη προσέγγιση των αξιωμάτων της ομοιοπαθητικής. Όλες οι κλινικά σημαντικές επιδράσεις, ορμονικές ή μη, πρέπει να εξετάζονται με τις μεθόδους του φαρμάκου που βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία.

4. Acupuncture for Chronic Pain in the Vermont Medicaid Population: A Prospective, Pragmatic Intervention Trial

Robert T Davis, Gary Badger, Kristina Valentine, Alexander Cavert, and Remy R Coeytaux

Introduction: In response to the opioid crisis, the 2016 Vermont legislature commissioned a study to assess acupuncture for patients with chronic pain in the Vermont Medicaid population.

Objective: To assess the feasibility, acceptability, and effectiveness of acupuncture provided by licensed acupuncturists for Vermont Medicaid patients with chronic pain.

Methods: A total of 156 Medicaid patients with chronic pain were offered up to 12 acupuncture treatments within a 60-day period at the offices of 28 Vermont licensed acupuncturists. PROMIS questionnaires were administered prior to and at the end of the treatment period to assess changes in pain intensity, pain interference, physical function, fatigue, anxiety, depression, sleep disturbance, and social isolation. Questionnaires also captured patients' overall impressions of treatments as well as self-reported changes in medication use and work function.

Results: One hundred eleven women (71%) and 45 men (29%) with a wide range of pain complaints received a mean of 8.2 treatments during the intervention period. Measurements captured prior to and at the end of the treatment period showed significant improvements in group mean pain intensity, pain interference, physical function, fatigue, anxiety, depression, sleep disturbance, and social isolation as assessed by Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) measures

Ο βελονισμός για τον χρόνιο πόνο στο πληθυσμό του Βερμόντ που χρήζει ιατρικής βοήθειας: Μια προσπάθεια προοπτικής και πραγματικής παρέμβασης

Εισαγωγή: Σε απάντηση στην κρίση των οπιοειδών, ο νομοθέτης του Βερμόντ το 2016 ανέθεσε τη διεξαγωγή μελέτης για την αξιολόγηση του βελονισμού για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο στον πληθυσμό του Βερμόντ.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η σκοπιμότητα, η αποδοχή και η αποτελεσματικότητα του βελονισμού που παρέχονται από τους βελονιστές για τους ασθενείς με χρόνιο πόνο του Βερμόντ.

Μέθοδοι: Συνολικά σε 156 ασθενείς με χρόνιο πόνο προσφέρθηκαν, μέχρι και 12 θεραπείες βελονισμού σε διάστημα 60 ημερών στα γραφεία των 28 βελονιστών με άδεια βελονισμού. Τα ερωτηματολόγια PROMIS χορηγήθηκαν πριν και στο τέλος της περιόδου θεραπείας για να εκτιμηθούν οι αλλαγές στην ένταση του πόνου, η παρεμπόδιση του πόνου, η φυσική λειτουργία, η κόπωση, το άγχος, η κατάθλιψη, η διαταραχή του ύπνου και η κοινωνική απομόνωση. Τα ερωτηματολόγια κατέγραψαν επίσης τις συνολικές εντυπώσεις των ασθενών σχετικά με τις θεραπείες καθώς και τις αναφορές που πραγματοποιήθηκαν για τη χρήση φαρμάκων και τη λειτουργία της εργασίας.

Αποτελέσματα: 111 γυναίκες (71%) και 45 άντρες (29%) με ευρύ φάσμα παραπόνων από πόνους έλαβαν κατά μέσο όρο 8,2 θεραπείες κατά τη διάρκεια της περιόδου παρέμβασης. Οι μετρήσεις που λήφθηκαν πριν και στο τέλος της περιόδου θεραπείας έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις στη μέση ένταση του πόνου, την παρεμβολή του πόνου, τη φυσική λειτουργία, την κόπωση, το άγχος, την κατάθλιψη, τη διαταραχή του ύπνου και την κοινωνική απομόνωση, όπως εκτιμήθηκε από το σύστημα πληροφοριών μέτρησης αποτελεσμάτων των ασθενών (PROMIS) (ζεύγη δοκιμών t, $P < .01$). 57% των ασθενών που έκαναν χρήση αναλγητικών φαρμάκων (μη οπιούχων) ανέφεραν μειώσεις στη χρήση. Το 32% των ασθενών που έλαβαν φάρμακα με οπιοειδή ανέφεραν μειώσεις στη χρήση φαρμάκων για οπιοειδή μετά την επέμβαση. Το 74% των απασχολούμενων ασθενών ανέφεραν βελτιωμένη ικανότητα εργασίας. 96% των ασθενών δήλωσαν ότι θα πρότειναν βελονισμό σε άλλους με χρόνιο πόνο και το 91% ανέφεραν ποιοτικές βελτιώσεις, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής βελτίωσης (31%), της λειτουργικής συμπεριφοράς (29%) και της ψυχο-συναισθηματικής (24%).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν ότι η θεραπεία με βελονισμό για χρόνιο πόνο είναι εφικτή και αποδεκτή από τους ασθενείς του πληθυσμού του Vermont. Η λήψη φροντίδας από τους αδειούχους βελονιστές συσχετίστηκε με σημαντικές βελτιώσεις στις σωματικές, λειτουργικές, ψυχο-συναισθηματικές και επαγγελματικές εκβάσεις σε σύγκριση με πριν από τη λήψη θεραπειών βελονισμού.

5. Music as an Adjuvant Therapy in Control of Pain and Symptoms in Hospitalized Adults: A Systematic Review.

Linda C. Coleand Geri LoBiondo-Wood

The objective of this review is to evaluate the evidence regarding the use of music as an adjuvant therapy for pain control in hospitalized adults. The search terms music, music therapy, pain, adults, inpatient, and hospitalized were used to search the Cochrane Library, Cinahl, Medline, Natural Standard, and Scopus databases from January 2005 to March 2011. (A systematic review conducted by the Cochrane Collaboration has extensively covered the time frame from 1966 to 2004). Seventeen randomized controlled trials met criteria for review and inclusion. Seven of the research studies were conducted with surgical patients, three with medical patients, one with medical-surgical patients, four with intensive care patients, and two with pregnant patients. The combined findings of these studies provide support for the use of music as an adjuvant approach to pain control in hospitalized adults. The use of music is safe, inexpensive, and an independent nursing function that can be easily incorporated into the routine care of patients.

Η μουσική ως ενισχυτική θεραπεία στον έλεγχο του πόνου και των συμπτωμάτων σε νοσηλευόμενους ενήλικες: Μια συστηματική ανασκόπηση.

Ο στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να αξιολογήσει τα στοιχεία σχετικά με τη χρήση της μουσικής ως επικουρική θεραπεία για τον έλεγχο του πόνου σε ενήλικες που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο. Οι όροι αναζήτησης μουσική, μουσικοθεραπεία, πόνος, ενήλικες, νοσοκομειακοί και νοσηλευόμενοι χρησιμοποιήθηκαν από τον Ιανουάριο του 2005 για να αναζητήσουν τις βάσεις δεδομένων της βιβλιοθήκης CochraneLibrary, Cinahl, Medline, Natural Standard και Scopus Μάρτιος 2011. (Μια συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγε η Cochrane Collaboration καλύπτοντας εκτενώς το χρονικό πλαίσιο από το 1966 έως το 2004). Δεκαεπτά τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές πληρούσαν τα κριτήρια για επανεξέταση και συμπερίληψη. Επτά από τις έρευνες διεξήχθησαν με χειρουργικούς ασθενείς, τρεις με ιατρικούς ασθενείς, ένας με ιατρο-χειρουργικούς ασθενείς, τέσσερις ασθενείς με εντατική φροντίδα και δύο με έγκυες ασθενείς. Τα συνδυασμένα ευρήματα αυτών των μελετών παρέχουν υποστήριξη για τη χρήση της μουσικής ως βοηθητική προσέγγιση για τον έλεγχο του πόνου σε ενήλικες που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο. Η χρήση της μουσικής είναι ασφαλής, φθηνή και ανεξάρτητη λειτουργία νοσηλείας που μπορεί εύκολα να ενσωματωθεί στη συνήθη φροντίδα των ασθενών.

6. The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis

Yukiko Kukimoto, Noriko Ooeand Norio Ideguchi

Pain management is critical for patients after surgery, but current pain management methods are not always adequate. Massage therapy may be a therapeutic complementary therapy for pain. Many researchers have investigated the effects of massage therapy on post-operative pain, but there have been no systematic reviews and meta-analysis of its efficacy for post-operative patients. Our objective was to assess the effects of massage therapy on pain management among post-operative patients by conducting a systematic review and meta-analysis. The databases searched included MEDLINE, CINAHL, and the Cochrane Library's CENTRAL. To assess the effects of massage therapy on post-operative pain and anxiety, we performed a meta-analysis and calculated standardized mean difference with 95% CIs (Confidential Intervals) as a summary effect. Ten randomized controlled trials were selected (total sample size $\frac{1}{4}$ 1,157). Meta-analysis was conducted using subgroup analysis. The effect of single dosage massage therapy on post-operative pain showed significant improvement (L0.49; 95% confidence intervals L0.64, L0.34; $p < .00001$) and low heterogeneity ($p \frac{1}{4} .39$, $I^2 \frac{1}{4} 4\%$), sternal incisions showed significant improvement in pain (L0.68; L0.91, L0.46; $p < .00001$) and low heterogeneity ($p \frac{1}{4} .76$, $I^2 \frac{1}{4} 0\%$). The anxiety subgroups showed substantial heterogeneity. The findings of this study revealed that massage therapy may alleviate post-operative pain, although there are limits on generalization of these findings due to low methodological quality in the reviewed studies.

Οι Επιδράσεις της Θεραπείας του Μασάζ σε πόνο και άγχος μετά από χειρουργική επέμβαση: Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.

Η αντιμετώπιση του πόνου είναι κρίσιμη για τους ασθενείς μετά από χειρουργική επέμβαση, αλλά οι προσωρινοί μέθοδοι διαχείρισης του πόνου δεν είναι πάντα επαρκείς. Η θεραπεία μασάζ μπορεί να είναι μια θεραπευτική συμπληρωματική θεραπεία για τον πόνο. Πολλοί ερευνητές έχουν διερευνήσει τις επιδράσεις της θεραπείας μασάζ στον μετεγχειρητικό πόνο, αλλά δεν έχουν υπάρξει συστηματικές αναθεωρήσεις και μετα-ανάλυσεις της αποτελεσματικότητάς της για μετεγχειρητικούς ασθενείς. Στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε τα αποτελέσματα της θεραπείας μασάζ στη διαχείριση των πόνων μεταξύ των μετεγχειρητικών ασθενών με τη διεξαγωγή συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης. Οι αναζητούμενες βάσεις δεδομένων περιελάμβαναν το MEDLINE, το CINAHL και το Cochrane CENTRAL της Βιβλιοθήκης. Για να αξιολογήσουμε τα αποτελέσματα της θεραπείας μασάζ στον μετεγχειρητικό πόνο και το άγχος, πραγματοποιήσαμε μια μετα-ανάλυση και υπολογίσαμε την τυποποιημένη μέση διαφορά με τα 95% CIs (Εμπιστευτικό Διαστήματα) ως συνοπτικό αποτέλεσμα. Δέκα τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες ήταν (συνολικό μέγεθος δείγματος ¼ 1,157). Η μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας ανάλυση υποομάδων. Η επίδραση της θεραπείας μασάζ με μονή δόση στον μετεγχειρητικό πόνο έδειξε σημαντική βελτίωση (L0,49, διαστήματα εμπιστοσύνης 95% L0,64, L0,34, $p < .00001$) και χαμηλή ετερογένεια (p ¼ .39, I^2 ¼ 4 %), οι τομές του stern έδειξαν σημαντική βελτίωση στον πόνο (L0.68, L0.91, L0.46, $p < .00001$) και χαμηλή ετερογένεια (p ¼ .76, I^2 ¼ 0%). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης αποκάλυψαν ότι η θεραπεία μασάζ μπορεί να ανακουφίσει τον μετεγχειρητικό πόνο, αν και υπάρχουν περιορισμοί στη γενίκευση αυτών των ευρημάτων λόγω της χαμηλής μεθοδολογικής ποιότητας στις αναθεωρημένες μελέτες.

7. Perspectives on reflexology: A qualitative approach

Nurul Haswani Embong, Yee Chang Soh, Long Chiau Ming and Tin Wui Wong

Introduction: Reflexology is the systematic practice of applying some pressure to particular points on the feet and hands to impact on health of related parts of the body. **Objective:** To explore the practitioners' perspectives of reflexology in Malaysia.

Methods: Data was collected using face-to-face semi-structured interviews with practitioners in Malaysia. The interviews were conducted in the Malay language and recorded. Interview conversations were translated and transcribed verbatim. Responses relating to different themes were identified in each of the interviews and a coding frame was developed. For each theme, the relevant data enabled a description of the range of views and experiences. Data collection and analysis were conducted concurrently and recruitment was stopped when saturation had been reached. All respondents gave written consent for their participation.

Results: The findings show that reflexology treatment nowadays has been accepted as one of the ways to maintain general health. Practitioners believe that reflexology is able to detect some problems in to the body, which can make patients aware of a health condition and seek further treatment. However, if reflexology is not performed correctly, it may cause negative effects such as pain and bruises. Some practitioners voiced concern that illegal activities are taking place in unethical reflexology centers.

Conclusions: Empowering the practitioner as a professional would help gain the public's trust and confidence in their treatment. Strict enforcement of regulation related to illegal conduct in reflexology centers will improve people's perception of the practice.

Προοπτικές της ρεφλεξολογίας: Μια ποιοτική προσέγγιση

Εισαγωγή: Η ρεφλεξολογία είναι η συστηματική πρακτική άσκησης πίεσης σε συγκεκριμένα σημεία στα πόδια και τα χέρια έτσι ώστε να επηρεάσουν την υγεία των σχετικών μερών του σώματος.

Στόχος: Να εξερευνήσει τις προοπτικές της ιατρικής ρεφλεξολογίας των επαγγελματιών στη Μαλαισία.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων από τους επαγγελματίες του χώρου στη Μαλαισία. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν στη γλώσσα του Μαλαιού και καταγράφηκαν. Συνομιλίες συνέντευξης, μεταφράστηκαν και καταγράφηκαν κατά λέξη. Στο καθένα εντοπίστηκαν απαντήσεις σχετικά με διάφορα θέματα των συνεντεύξεων και αναπτύχθηκε ένα πλαίσιο κωδικοποίησης. Για κάθε θέμα, τα σχετικά δεδομένα ενεργοποίησαν μια περιγραφή ευρέων απόψεων και εμπειριών. Η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων διεξήχθησαν ταυτόχρονα και η στρατολόγηση σταμάτησε όταν είχε επιτευχθεί ο κορεσμός. Όλοι οι ερωτηθέντες έδωσαν γραπτή συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα δείχνουν ότι η θεραπεία ρεφλεξολογίας σήμερα έχει γίνει αποδεκτή ως ένας από τους τρόπους διατήρησης της γενικής υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η ρεφλεξολογία είναι σε θέση να εντοπίσει κάποια προβλήματα στο σώμα, που μπορεί να κάνει τους ασθενείς να γνωρίζουν μια κατάσταση υγείας και να επιδιώξουν περαιτέρω θεραπεία. Ωστόσο, εάν η ρεφλεξολογία δεν εκτελείται σωστά, μπορεί να προκαλέσει αρνητικές επιπτώσεις όπως πόνο και μώλωπες. Μερικοί ασκούμενοι εξέφρασαν την ανησυχία τους για την ύπαρξη παράνομων δραστηριοτήτων σε κέντρα ανήθικης ρεφλεξολογίας.

Συμπεράσματα: Η ενδυνάμωση του επαγγελματία υγείας θα βοηθούσε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του κοινού και να τους εμπιστευτεί για τη θεραπεία τους. Αυστηρή επιβολή ρυθμίσεων σχετικά με την παράνομη συμπεριφορά σε διάφορα κέντρα ρεφλεξολογίας θα βελτιώσουν την αντίληψη των ανθρώπων για την πρακτική αυτή.

8. Examination of the Use of Healing Touch by Registered Nurses in the Acute Care Setting

Joel G. Anderson, Mary Ann Friesen, PhD, RN, Diane Swengros, Anna Herbrand Lucrezia Mangione,

Acute care nursing is currently undergoing unprecedented change, with health systems becoming more open to nonpharmacological approaches to patient care. Healing Touch (HT) may be a valuable intervention for acute care patients. Research has shown that HT helps both the patient and the caregiver; however, no study to date has examined the impact that the education of nurses and their use of HT have on daily care delivery in the acute care setting. The purpose of the current qualitative study was to examine the use of HT by registered nurses in the acute care setting during their delivery of patient care, as well as the impact of education in and use of HT on the nurses themselves. Five themes were identified: (1) use of HT techniques, processes, and sequence; (2) outcomes related to HT; (3) integration of HT into acute care nursing practice; (4) perceptions of HT, from skepticism to openness; and (5) transformation through HT. Education in HT and delivery of this modality by nurses in the acute care setting provide nurses with a transformative tool to improve patient outcomes.

Εξέταση της χρήσης του θεραπευτικού αγγίγματος από εγγεγραμμένους νοσηλευτές στο πλαίσιο της οξείας φροντίδας.

Ο νοσηλευτικός τομέας της οξείας φροντίδας υφίσταται σήμερα πρωτοφανή αλλαγή, καθώς τα συστήματα υγείας καθίστανται πιο ανοιχτά σε μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις για την περίθαλψη των ασθενών. Το Healing Touch (HT) μπορεί να αποτελέσει πολύτιμη παρέμβαση για ασθενείς με οξεία περίθαλψη. Έρευνες έχουν δείξει ότι το HT βοηθά τόσο τον ασθενή όσο και τον φροντιστή. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχει μελετηθεί το αντίκτυπο που έχει η εκπαίδευση των νοσηλευτών και η χρήση του HT στην παροχή ημερήσιας φροντίδας στο πλαίσιο της οξείας φροντίδας. Ο σκοπός της τρέχουσας ποιοτικής μελέτης ήταν να εξεταστεί η χρήση του HT από εγγεγραμμένους νοσηλευτές στο πλαίσιο της οξείας φροντίδας κατά τη διάρκεια της παράδοσης της φροντίδας των ασθενών καθώς και το αντίκτυπο της εκπαίδευσης και της χρήσης του HT στους ίδιους τους νοσηλευτές. Εντοπίστηκαν πέντε θέματα: (1) χρήση τεχνικών, διαδικασιών και ακολουθιών HT, (2) τα αποτελέσματα που σχετίζονται με το HT, (3) ενσωμάτωση του HT σε ιατρική περίθαλψη οξείας φροντίδας, (4) τις αντιλήψεις του HT, από το σκεπτικισμό ως την εφαρμογή και (5) μετασχηματισμό μέσω HT. Η εκπαίδευση στο HT και η παράδοση αυτής της μεθόδου από νοσηλευτές στο πλαίσιο της οξείας περίθαλψης παρέχει στους νοσηλευτές ένα μεταμορφωτικό εργαλείο για τη βελτίωση των ασθενών.

9. Medicinal herbs in the treatment of neuropathic pain: a review

Fatemeh Forouzanfar , Hossein Hosseinzadeh

Chronic neuropathic pain is a common significant and debilitating problem that presents a major challenge to health-care. Despite the large number of available drugs, there are no curative conventional treatments for neuropathic pain. Nowadays, more attention has been focused on the herbal formulation in the field of drug discovery. Therefore, we performed an extensive review about herbal drugs and plants that exhibited protective effects on neuropathic pain. In this review, the beneficial effects of each plant in different neuropathic pain model, either in animals or in patients are reported. Moreover, the possible involved mechanisms for the protective effects are discussed. The more common plants which are used for the treatment of neuropathic pain are included as: *Acorus calamus*, *Artemisia dracunculus*, *Butea monosperma*, *Citrullus colocynthis*, *Curcuma longa*, *Crocus sativus*, *Elaeagnus angustifolia*, *Ginkgo biloba*, *Mitragyna speciosa*, *Momordica charantia*, *Nigella sativa*, *Ocimum sanctum*, *Phyllanthus amarus*, *Pterodon pubescens* Benth, *Rubia cordifolia* and *Salvia officinalis*. Furthermore, the most pathways which are known to be involved in pain relief by means of herbal remedies are anti-oxidant activity, anti-inflammatory, antiapoptotic, neuroprotective and calcium inhibitory actions. In conclusion, this review suggests that some herbal plants can be suitable candidates for the treatment of neuropathic pain.

Φαρμακευτικά βότανα στη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου: μια ανασκόπηση

Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος είναι ένα κοινό σημαντικό και εξουθενωτικό πρόβλημα που αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για την υγειονομική περίθαλψη. Παρά τον μεγάλο αριθμό διαθέσιμων φαρμάκων, δεν υπάρχουν θεραπευτικές συμβατικές θεραπείες για νευροπαθητικό πόνο. Σήμερα, περισσότερη προσοχή έχει επικεντρωθεί στην συνταγή βοτάνων στον τομέα της ανακάλυψης φαρμάκων. Ως εκ τούτου, εκτελέσαμε μια εκτεταμένη ανασκόπηση για φυτικά φάρμακα και φυτά που εμφάνισαν προστατευτικές επιδράσεις στον νευροπαθητικό πόνο. Σε αυτή την ανασκόπηση, αναφέρονται τα ευεργετικά αποτελέσματα κάθε φυτού σε διαφορετικό μοντέλο νευροπαθητικού πόνου, είτε σε ζώα είτε σε ασθενείς. Επιπλέον, συζητούνται οι πιθανοί μηχανισμοί για τα προστατευτικά αποτελέσματα. Τα πιο συνηθισμένα φυτά που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου περιλαμβάνονται ως: *Acorus calamus*, *Artemisia dracunculus*, *Butea monosperma*, *Citrullus colocynthis*, *Curcuma longa*, *Crocus sativus*, *Elaeagnus angustifolia*, *Ginkgo biloba*, *Mitragyna speciosa*, *Momordica charantia*, *Nigella sativa*, *Ocimum sanctum*, *Phyllanthus amarus*, *Pterodon pubescens* Benth, *Rubia cordifolia* και *Salvia officinalis*. Επιπλέον, οι περισσότερες οδοί που είναι γνωστό ότι εμπλέκονται στην ανακούφιση του πόνου μέσω φυτικών θεραπειών έχουν αντιοξειδωτικές, αντιφλεγμονώδεις, νευροπροστατευτικές και ανασταλτικές του ασβεστίου δράσεις. Συμπερασματικά, αυτή η επισκόπηση υποδεικνύει ότι ορισμένα φυτά μπορούν να είναι κατάλληλα για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου.

10. Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis.

Helen Halla, Matthew Leacha, Caragh Brosnana, Melissa Collinse

Background: The use of complementary therapies is becoming increasingly prevalent. This has important implications for nurses in terms of patient care and safety.

Objective: The aim of this meta-synthesis is to review critically, appraise and synthesize the existing qualitative research to develop a new, more substantial interpretation of nurses' attitudes regarding the, use of complementary therapies by patients.

Data sources: A search of relevant articles published in English between, January 2000 and December 2015 was conducted using the following, electronic databases; MEDLINE, CINAHL and AMED. Reference lists of selected papers and grey literature were also interrogated for pertinent, studies.

Design: This review is reported according to the Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research (ENTREQ) guidelines. Data were extracted and analysed using a thematic synthesis process.

Results: Fifteen articles were included in this review. Five analytical themes emerged from the data relating to nurses' attitude towards complementary therapies: the strengths and weaknesses of conventional medicine; Complementary therapies as a way to enhance nursing practice; patient empowerment and patient-centeredness; cultural barriers and enablers to integration; and structural barriers and enablers to integration.

Discussion: Nurses' support for complementary therapies is not an attempt to challenge mainstream medicine but rather an endeavour to improve the quality of care available to patients. There are, however, a number of barriers to nurses' support including institutional culture and clinical context, as well as time and knowledge limitations.

Conclusion: Some nurses promote complementary therapies as an opportunity to personalise care and practice in a humanistic way. Yet, nurses have very limited education in this field and a lack of professional frameworks to assist them. The

nursing profession needs to consider how to address current deficiencies in meeting the growing use of complementary therapies by patients.

Οι στάσεις των νοσηλευτών σε συμπληρωματικές θεραπείες: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-σύνθεση.

Ιστορικό: Η χρήση συμπληρωματικών θεραπειών γίνεται όλο και πιο διαδεδομένη. Αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις για τους νοσηλευτές όσον αφορά την περίθαλψη και την ασφάλεια των ασθενών.

Στόχος: Στόχος αυτής της μετα-σύνθεσης είναι η κριτική επισκόπηση, η εκτίμηση και η σύνθεση της υφιστάμενης ποιοτικής έρευνας για να αναπτύξει μια νέα, πιο ουσιαστική ερμηνεία της νοοτροπίας των νοσηλευτών σχετικά με την χρήση των συμπληρωματικών θεραπειών από τους ασθενείς.

Πηγές δεδομένων: Διεξήχθη αναζήτηση σχετικών άρθρων που δημοσιεύθηκαν στα αγγλικά μεταξύ Ιανουαρίου 2000 και Δεκεμβρίου 2015, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: MEDLINE, CINAHL και AMED. Διερευνήθηκαν επίσης για σχετικές μελέτες, αναφορές σε καταλόγους επιλεγμένων εφημερίδων και στη γκρίζα βιβλιογραφία

Σχεδιασμός: Αυτή η ανασκόπηση αναφέρεται, σύμφωνα με την Ενίσχυση της Διαφάνειας, στην αναφορά της σύνθεσης των κατευθυντήριων γραμμών για την ποιοτική έρευνα (ENTREQ). Τα δεδομένα εξήχθησαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας μια θεματική διαδικασία σύνθεσης.

Αποτελέσματα: Στην εν λόγω ανασκόπηση περιλαμβάνονται δεκαπέντε άρθρα. Από τα δεδομένα προέκυψαν πέντε αναλυτικά θέματα σχετικά με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι σε συμπληρωματικές θεραπείες: τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της συμβατικής ιατρικής, οι συμπληρωματικές θεραπείες ως ένας τρόπος για την ενίσχυση της νοσηλευτικής πρακτικής, υπομονετική ενδυνάμωση και επικέντρωση στον ασθενή, πολιτιστικοί φραγμοί και δυνατότητα ενσωμάτωσης και τα δομικά εμπόδια και οι δυνατότητες ολοκλήρωσης.

Συζήτηση: Η υποστήριξη των νοσηλευτών για συμπληρωματικές θεραπείες δεν είναι μια προσπάθεια αμφισβήτησης της συμβατικής ιατρικής, αλλά μάλλον μια προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς. Υπάρχουν, ωστόσο, ορισμένα εμπόδια στη στήριξη των νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένης της θεσμικής κουλτούρας και του κλινικού πλαισίου, καθώς και του χρόνου και των περιορισμών της γνώσης.

Συμπέρασμα: Ορισμένοι νοσηλευτές προωθούν συμπληρωματικές θεραπείες ως ευκαιρία για εξατομίκευση της περίθαλψης και πρακτική με έναν ανθρωπιστικό τρόπο. Ωστόσο, οι νοσηλευτές έχουν πολύ περιορισμένη εκπαίδευση στον τομέα αυτό και έλλειψη επαγγελματικών πλαισίων για να τους βοηθήσουν. Το επάγγελμα του νοσηλευτή πρέπει να εξετάσει πώς να αντιμετωπίσει τη σημερινή ανεπάρκεια στην αντιμετώπιση της αυξανόμενης χρήσης συμπληρωματικών θεραπειών από τους ασθενείς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΡΘΡΑ

Anderson, J. G. *et al.* (2017) 'Examination of the Use of Healing Touch by Registered Nurses in the Acute Care Setting', pp. 97–107. doi: 10.1177/0898010116644834.

Bai, J. and Jiang, N. (2015) 'Where Are We: A Systematic Evaluation of the Psychometric Properties of Pain Assessment Scales for Use in Chinese Children', *Pain Management Nursing*. American Society for Pain Management Nursing, 16(4), pp. 617–631. doi: 10.1016/j.pmn.2014.11.003.

Berman, B. M. and Bausell, R. B. (2000) 'The use of non-pharmacological therapies by pain specialists', *Pain*, 85(3), pp. 313–315. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00258-X.

Botulinum, R. I. and Study, R. (2014) 'HHS Public Access', 4(1), pp. 139–148. doi: 10.1038/nmeth.2839.A.

Büyükyılmaz, F. and Aştı, T. (2013) 'The Effect of Relaxation Techniques and Back Massage on Pain and Anxiety in Turkish Total Hip or Knee Arthroplasty Patients', *Pain Management Nursing*, 14(3), pp. 143–154. doi: 10.1016/j.pmn.2010.11.001.

Chang, H. Y. and Chang, H. L. (2015) 'A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine', *Journal of Clinical Nursing*, 24(11–12), pp. 1466–1478. doi: 10.1111/jocn.12790.

Chik, Y. M., Ip, W. Y. and Choi, K. C. (2017) 'The Effect of Upper Limb Massage on Infants' Venipuncture Pain', *Pain Management Nursing*. American Society for Pain Management Nursing, 18(1), pp. 50–57. doi: 10.1016/j.pmn.2016.10.001.

Cole, L. C. and LoBiondo-Wood, G. (2014) 'Music as an adjuvant therapy in control of pain and symptoms in hospitalized adults: A systematic review', *Pain Management Nursing*. American Society for Pain Management Nursing,

15(1), pp. 406–425. doi: 10.1016/j.pmn.2012.08.010.

Davis, T.R., 2018. Acupuncture for Chronic Pain in the Vermont Medicaid Population: A Prospective, Pragmatic Intervention Trial. *Global Advances in Health and Medicine*, 7, p. 1-10

Dorsher, P. T. (2011) 'Acupuncture for chronic pain', *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*. Elsevier Inc., 15(2), pp. 55–63. doi: 10.1053/j.trap.2011.04.002.

Fanelli, G. and Fanelli, A. (2015) 'Developments in managing severe chronic pain: Role of oxycodone–naloxone extended release', *Drug Design, Development and Therapy*, 9, pp. 3811–3816. doi: 10.2147/DDDT.S73561.

Forouzanfar, F. and Hosseinzadeh, H., 2018. Medicinal herbs in the treatment of neuropathic pain: a review. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 21 (4), p. 327-358

Gantenbein, A. R. et al. (2012) 'Complementary and alternative treatments for migraine', *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 16(1), pp. 76–81. doi: 10.1053/j.trap.2012.11.011.

Glasziou, P. (2015) 'Music in hospital', *The Lancet*. Elsevier Ltd, 386(10004), pp. 1609–1610. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60640-7.

Gok Metin, Z. R. and Ozdemir, L. R. (2016) 'The Effects of Aromatherapy Massage and Reflexology on Pain and Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial', *Pain Management Nursing*, pp. 140–149. doi: 10.1016/j.pmn.2016.01.004.

Hall, H. et al. (2017) 'International Journal of Nursing Studies Nurses ' attitudes towards complementary therapies: A systematic', *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd, 69, pp. 47–56. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.008.

Harris, M. and Richards, K. C. (2010) 'The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older

people', *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), pp. 917-926. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03165.x.

Haswani, N. et al. (2015) 'Journal of Traditional and Complementary Medicine Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training', *Journal of Traditional Chinese Medical Sciences*. Elsevier Ltd, 5(4), pp. 197-206. doi: 10.1016/j.jtcme.2015.08.008.

Haswani, N. et al. (2017) 'Journal of Traditional and Complementary Medicine Perspectives on reflexology: A qualitative approach', 7, pp. 327-331. doi: 10.1016/j.jtcme.2016.08.008.

Hole, J. et al. (2015) 'Music as an aid for postoperative recovery in adults: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet*. Elsevier Ltd, 386(10004), pp. 1659-1671. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60169-6.

Hopton, A. and MacPherson, H. (2010) 'Acupuncture for chronic pain: Is acupuncture more than an effective placebo? A systematic review of pooled data from meta-analyses', *Pain Practice*, 10(2), pp. 94-102. doi: 10.1111/j.1533-2500.2009.00337.x.

Jargin, S. (2015) 'Hormesis and homeopathy: The artificial twins', *Journal of Intercultural Ethnopharmacology*, 4(1), p. 74. doi: 10.5455/jice.20140929114417.

Kahan, M. et al. (2011) 'Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 2: special populations.', *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 57(11), pp. 1269-76, e419-28. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3215603&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Katz, J., Rosenbloom, B. N. and Fashler, S. (2015) 'Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder', *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), pp. 160-167. doi: 10.1016/S0010-440X(99)90140-2.

Kligler, B., Teets, R. and Do, M. Q. (2017) 'That Work: A Review of the

Evidence', *American Family Physician*, 94(5), pp. 369–374.

Konvicka, J. J. *et al.* (2008) 'Complementary/Alternative Medicine Use Among Chronic Pain Clinic Patients', *Journal of Perianesthesia Nursing*, 23(1), pp. 17–23. doi: 10.1016/j.jopan.2007.05.003.

Kukimoto, Y., Ooe, N. and Ideguchi, N. (2017) 'The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Pain Management Nursing*. American Society for Pain Management Nursing, 18(6), pp. 378–390. doi: 10.1016/j.pmn.2017.09.001.

Lee, F. H. and Raja, S. N. (2011) 'Complementary and alternative medicine in chronic pain', *Pain*. International Association for the Study of Pain, 152(1), pp. 28–30. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.023.

Malek, N. and Starowicz, K. (2016) 'Dual-acting compounds targeting endocannabinoid and endovanilloid systems-a novel treatment option for chronic pain management', *Frontiers in Pharmacology*, 7(AUG), pp. 1–9. doi: 10.3389/fphar.2016.00257.

Manuscript, A., Blood, W. and Count, C. (2009) 'NIH Public Access', 49(18), pp. 1841–1850. doi: 10.1016/j.jacc.2007.01.076.White.

Mathie, R. T. *et al.* (2014) 'Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis', *Systematic Reviews*, 3, p. 142. doi: 10.1016/j.homp.2015.12.026.

Mofredj, A. *et al.* (2016) 'Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill', *Journal of Critical Care*. Elsevier Inc., 35, pp. 195–199. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.05.021.

Ms, T. T. R. N., Rn-bc, C. M. and Rn, K. B. (2013) 'Original Article Complementary and Alternative Medicine: Nurses ' Attitudes and Knowledge', *Pain Management Nursing*. American Society for Pain Management Nursing, 14(4), pp. 277–286. doi: 10.1016/j.pmn.2011.06.001.

Roy, É. *et al.* (2017) 'Opioid Prescribing Practices and Training Needs of

Québec Family Physicians for Chronic Noncancer Pain', 2017.

Saha, B. L. *et al.* (2017) 'General perception and self-practice of complementary and alternative medicine (CAM) among undergraduate pharmacy students of Bangladesh', *BMC Complementary and Alternative Medicine*. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(1), pp. 1–8. doi: 10.1186/s12906-017-1832-y.

Scher, C. *et al.* (2017) 'Moving Beyond Pain as the Fifth Vital Sign and Patient Satisfaction Scores to Improve Pain Care in the 21st Century', *Pain Management Nursing*. American Society for Pain Management Nursing, pp. 1–5. doi: 10.1016/j.pmn.2017.10.010.

Shengelia, R. *et al.* (2013) 'Complementary therapies for osteoarthritis: Are they effective?', *Pain Management Nursing*. American Society for Pain Management Nursing, 14(4), pp. e274–e288. doi: 10.1016/j.pmn.2012.01.001.

Topham, D. and Drew, D. (2017) 'Quality Improvement Project: Replacing the Numeric Rating Scale with a Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Tool', *Pain Management Nursing*. American Society for Pain Management Nursing, 18(6), pp. 363–371. doi: 10.1016/j.pmn.2017.07.001.

Wirth, J. H., Hudgins, J. C. and Paice, J. A. (2005) 'Use of herbal therapies to relieve pain: A review of efficacy and adverse effects', *Pain Management Nursing*, 6(4), pp. 145–167. doi: 10.1016/j.pmn.2005.08.003.

Yap, S. H. (2016) 'Acupuncture in pain management', *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. Elsevier Ltd, 17(9), pp. 448–450. doi: 10.1016/j.mpaic.2016.06.004.

Zouikr, I. and Karshikoff, B. (2017) 'Lifetime modulation of the pain system via neuroimmune and neuroendocrine interactions', *Frontiers in Immunology*, 8(MAR). doi: 10.3389/fimmu.2017.00276.

BIBΛΙΑ

Benzon, H., et al., 2013. *Practical Management of Pain*. [e-book] Philadelphia: Mosby. Available at: <https://www.elsevier.com/books/practical-management-of-pain/benzon/978-0-323-08340-9> [Accessed 12 September 2013].

Deconinck, E., 2017. Illegal Adulterations of (Traditional) Herbal Medicines and Dietary Supplements for the Treatment of Pain. In: R. Watson, S. Zibadi eds 2017. *Nutritional Modulators of Pain in the Aging Population*. p. 3-8

Dollemore, D., Giuliucci, M., Haigh, J., Kirchheimer, S. and Callahan, J., 2004. *New Choises in Nature Healing*. Μεταφρασμένο από αγγλικά από ομάδα των εκδόσεων: ΑΛΚΥΩΝ.

Fugh-Berman, A., 2007. *Alternative Medicine- What Works*. Μεταφρασμένο από αγγλικά από ομάδα των εκδόσεων: Αρχιπέλαγος.

Mushlin, S., and Greene, H., 2009. *Decision Making in Medicine*. [e-book] Philadelphia: Mosby. Available at: <https://www.elsevier.com/books/decision-making-in-medicine/mushlin/978-0-323-04107-2> [Accessed 27 October 2009].

Plotnikof, G.A., 2006. Herbal Medicines. In: R. Lindquist, M. Snyder, M.F. Tracy eds 2006. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company. p. 351-365

Plotnikof, G.A., 2014. Herbal Medicines. In: R. Lindquist, M. Snyder, M.F. Tracy eds 2014. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company. p. 345-364

Braun, C.A., 2014. Integrating Complementary Therapies into Education. In: R. Lindquist, M. Snyder, M.F. Tracy eds 2014. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company. p. 491-507

Pestka, E.L. and Cutshall, S.M., 2014. Integrating Complementary Therapies

into Nursing Practice. In: R. Lindquist, M. Snyder, M.F.Tracyeds 2014. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company. p. 509-525

Lindquist, R., Song, Y. and Snyder, M., 2014. Perspectives on Future Research. In: R. Lindquist, M. Snyder, M.F.Tracyeds 2014. *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company. p. 527-542

Sengar, G.S. et al., 2017. Overview of Pain in Livestock: Mechanism to Nutritional Control. In: R. Watson, S. Zibadieds 2017. *Nutritional Modulators of Pain in the Aging Population*. p. 3-8

Smelser, N.J. and Batles, P.B., 2001. *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*. [e-book] New York: Pergamon. Available at: <https://www.elsevier.com/books/international-encyclopedia-of-social-andamp-behavioral-sciences/smelser/978-0-08-043076-8>[Accessed 22 November 2001].

Βαρθολομαίος, Τ. Α., 2003. *Συμπληρωματική Ιατρική- Θεωρία και Κλινική Πρακτική*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.