

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΟΥ
ΠΟΝΟΥ

ALTERNATIVE WAYS TO TREAT CHRONIC PAIN



Εικ. 1¹

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΜΕΛΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΝΙΟΛΗ ΠΕΛΑΓΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΖΩΓΡΑΦΑΚΗΣ-ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

Ηράκλειο

Ιούνιος 2021

¹ <https://www.practicalpainmanagement.com/patient/resource-centers/chronic-pain-management-guide/ppm-guide-relieving-pain-without-medication>

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι ο χρόνιος πόνος είναι μια εξαιρετικά δυσάρεστη δοκιμασία την οποία ο/η ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει ή να ζήσει με αυτή. Εφόσον είναι μία κατάσταση που προβληματίζει ανθρώπους από όλο τον κόσμο ο χρόνιος πόνος υπερβαίνει τα άτομα και αφορά στην κοινωνία ως σύνολο και απαιτεί κάθε είδος διαθέσιμης θεραπείας: συμβατική ιατρική φροντίδα-φαρμακευτική από το ένα μέρος και συμπληρωματική ή/και εναλλακτική θεραπεία από το άλλο. Αυτή η βιβλιογραφική ανασκόπηση διερευνά τη χρήση, τη χρησιμότητα, τη διάδοση και την ανάδυση κάποιων συμπληρωματικών ή/και εναλλακτικών θεραπειών. Ο βελονισμός, η κάνναβη, η μουσικοθεραπεία, η ύπνωση και η αυτοϋπνωση είναι σημαντικές θεραπείες αυτού του είδους οι οποίες χρησιμοποιούνται ευρέως και διαχρονικά. Η ανάγκη των ασθενών να αντιμετωπίσουν ή ακόμη και να ξεπεράσουν τον χρόνιο πόνο συχνά δεν ικανοποιείται, αποκλειστικά, μέσα από τις συμβατικές ιατρικές πρακτικές. Ως εκ τούτου, τείνουν να στρέφονται σε συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές θεραπευτικές πρακτικές ως μία απόπειρα να προκρίνουν τον συνδυασμό των θεραπειών -συμβατικών και συμπληρωματικών σε αυτές- ή μία εναλλακτική ως προς τις συμβατικές θεραπεία σε αναζήτηση καλύτερων αποτελεσμάτων. Σύγχρονα Συστήματα Υγείας σε διάφορες χώρες του δυτικού κόσμου, αλλά όχι της Ελλάδας, έχουν αρχίσει να κάνουν καλή χρήση καινοτόμων συμπληρωματικών ή/και εναλλακτικών, μη φαρμακευτικών -εκτός από την κάνναβη- θεραπευτικών λύσεων στη φροντίδα του/της ασθενούς, προκειμένου να μεγιστοποιήσουν το αποτέλεσμα της ανακούφισης του χρόνιου πόνου, διαμέσου της εξατομίκευσης της θεραπευτικής προσέγγισης. Αυτή η ανθρωπιστική προσέγγιση θα πρέπει να εμπλέκει επαγγελματίες υγειονομικούς, τόσο γιατρούς όσο και νοσηλευτές, σε μια απόπειρα να υπερβεί ελλείψεις στην έρευνα, τη γνώση και τις δεξιότητες ή ακόμη και την κοινή δυσπιστία, στο βαθμό που μια μεγάλη αύξηση στις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες έχει σημειωθεί μεταξύ των ασθενών τα τελευταία χρόνια.

Λέξεις-κλειδιά: πόνος, συμπληρωματικές/εναλλακτικές θεραπείες, βελονισμός, κάνναβη, μουσικοθεραπεία, ύπνωση και αυτοϋπνωση, συμπληρωματική/εναλλακτική ιατρική και νοσηλευτική.

ABSTRACT

It is indisputable that chronic pain is a highly unpleasant ordeal for a patient to face or have to live with. Since it is a situation that troubles people throughout the world chronic pain goes beyond individuals and concerns the society as a whole and it requires every kind of treatment available: conventional medical treatment-medication on the one hand and complementary or/and alternative therapy on the other. This study reviews the use, the utility, the hearsay and the emergence of some complementary or/and alternative therapies. Acupuncture, Cannabis, Music therapy, Hypnosis and Selph-Hypnosis are important treatments of this kind that are used largely and internationally. Patient's need to deal with or even overcome chronic pain is often not met by conventional medicine practices exclusively. Therefore they tend to turn to complementary and/or alternative therapeutic practices as an attempt to promote a combination of therapies -conventional and complementary- or an alternative procedure in search of better results. Contemporary Healthcare Systems in various countries of the western world, but no in Greece, have begun making good use of innovative complementary or/and alternative, non-pharmacological -except for cannabis- treatment solutions to patient care, in order to maximize relief effect on chronic pain through personalization of therapeutical procedure. This humanistic approach should involve healthcare professionals, both doctors and nurses, in the attempt to overcome research, knowledge and skills deficiencies or even common distrust, as far as a great hearsay of complementary and/or alternative therapies between patients has occurred in recent years.

Key-words: chronic pain, complementary or/and alternative therapies, acupuncture, cannabis, music therapy, hypnosis and self-hypnosis, complementary/alternative medicine and nursing.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|-------------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | σ.8 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1..... | σ.10 |
| ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΟΝΟΣ..... | σ.10 |
| 1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ..... | σ.10 |
| 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ..... | σ.11 |
| 1.3 ΟΡΟΛΟΓΙΑ..... | σ.12 |
| 1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ..... | σ.13 |
| 1.5 ΔΙΑΡΚΕΙΑ..... | σ.13 |
| 1.6 ΑΙΤΙΑ..... | σ.16 |
| 1.7 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ..... | σ.16 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2..... | σ.17 |
| 2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ..... | σ.17 |
| 2.2 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΥΛΗΣ(GATE CONTROL THEORY)..... | σ.18 |
| 2.3ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ -ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ..... | σ.19 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3..... | σ.22 |
| ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ / ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΑ..... | σ.22 |
| 3.1 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ..... | σ.22 |
| 3.2 ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ Η ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ..... | σ.30 |
| 3.2.1 Ο ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ..... | σ.30 |
| 3.2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... | σ.30 |

| | |
|--|------|
| 3.2.1.2 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ,ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ..... | σ.31 |
| 3.2.2 Η ΚΑΝΝΑΒΗ..... | σ.32 |
| 3.2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ..... | σ.32 |
| 3.2.2.2 ΕΙΔΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ..... | σ.33 |
| 3.2.2.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... | σ.33 |
| 3.2.2.4 ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ..... | σ.34 |
| 3.2.2.5 ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΝΝΑΒΗΣ..... | σ.34 |
| 3.2.3 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | σ.35 |
| 3.2.3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ..... | σ.35 |
| 3.2.3.2 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ..... | σ.36 |
| 3.2.3.3 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ..... | σ.36 |
| 3.2.4 Η ΥΠΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΦΑΝΤΑΣΙΩΣΗ Η ΑΛΛΙΩΣ ΑΥΤΟΥΠΝΩΣΗ..... | σ.37 |
| 3.2.4.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ..... | σ.37 |
| 3.2.4.2 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΥΠΝΩΣΗΣ / ΑΥΤΟΥΠΝΩΣΗΣ..... | σ.39 |
| 3.2.5 ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ..... | σ.40 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4..... | σ.44 |
| ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ | |
| 4.1 ΣΚΟΠΟΣ..... | σ.44 |
| 4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ..... | σ.45 |
| 4.3 ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ..... | σ.45 |
| 4.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ..... | σ.46 |

| | |
|--|------|
| 4.4.1 ΚΥΡΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ (PICO)..... | σ.46 |
| 4.4.2 ΕΠΙΜΕΡΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΝΕΡΩΤΗΜΑΤΑ..... | σ.46 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5..... | σ.47 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | σ.47 |
| 5.1 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ..... | σ.47 |
| 5.1.1 ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ..... | σ.47 |
| 5.1.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ..... | σ.48 |
| 5.2 ΚΑΝΝΑΒΗ..... | σ.48 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ | |
| 5.3 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | σ.49 |
| 5.3.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΟΤΙ ΑΘΟΡΑ ΤΗ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | σ.49 |
| 5.3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ..... | σ.50 |
| 5.3.3 ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ..... | σ.51 |
| 5.4 Η ΥΠΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΦΑΝΤΑΣΙΩΣΗ Η ΑΛΛΙΩΣ ΑΥΤΟΥΠΝΩΣΗ..... | σ.53 |
| 5.4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ..... | σ.53 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6..... | σ.55 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | |
| 6.1 ΟΙ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ..... | σ.55 |
| 6.1.1 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ Η ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ..... | σ.56 |

| | | |
|-------|---|------|
| 6.1.2 | ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ Η ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ..... | σ.58 |
| 6.1.3 | ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ Η ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ..... | σ.59 |
| 6.1.4 | ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΗΣ ΥΠΝΩΣΗΣ Η ΚΑΙ ΑΥΤΟΥΠΝΩΣΗΣ ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ..... | σ.59 |
| | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7..... | σ.61 |
| | ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | σ.61 |
| 7.1 | ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ..... | σ.63 |
| 7.2 | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΥΣ..... | σ.64 |
| | ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | σ.66 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα Βιβλιογραφική Ανασκόπηση έχει ως αντικείμενό της τη διερεύνηση της επίδρασης και αποτελεσματικότητας των πιο δημοφιλών εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, σε συνδυασμό πάντοτε με τις συμβατικές φαρμακευτικές θεραπείες, στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Ειδικότερα, εστιάζει στο πώς λειτουργούν οι πιο διαδεδομένοι εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου συμπληρωματικά προς τις κλασικές ιατρικές προσεγγίσεις. Αυτοί, σύμφωνα με τη διεθνή θεωρία, έρευνα και πρακτική, την οποία έχει απασχολήσει το θέμα σε ικανό, αλλά όχι και ικανοποιητικό βαθμό μέχρι σήμερα, είναι οι εξής πέντε (5): α) ο βελονισμός, β) η κάνναβη, γ) η μουσικοθεραπεία, δ) η ύπνωση και ε) η κατευθυνόμενη φαντασίωση.

Η σπουδαιότητα του εξεταζόμενου θέματος απορρέει, κατά κύριο λόγο, από την ανάγκη αρωγής από μέρους των εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων προς την κλασική ιατρική στην προσπάθεια της τελευταίας να παραγάγει, με τις συμβατικές της μεθόδους, απτά, ικανοποιητικά και διαρκέστερα ως προς την αναλγητική τους επενέργεια στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αποτελέσματα, απαλλαγμένα, όμως, από αρνητικές παρενέργειες και εθισμό σε τοξικές φαρμακευτικές ουσίες. «Ο χρόνιος πόνος είναι ένα αξιοσημείωτο πρόβλημα δημόσιας υγείας αθροιζόμενο σε ετήσια έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μισού περίπου τρισεκατομμυρίου δολαρίων στις Η.Π.Α. μόνο», πόσο μάλλον, αν συμπεριληφθεί στην άθροιση και ο υπόλοιπος κόσμος. Ως εκ τούτου έντονη προκύπτει, από τη βιβλιογραφία η ανάγκη για την εγκατάλειψη αποκλειστικά φαρμακολογικών και την πρόκριση μη φαρμακολογικών προσεγγίσεων, των συμπληρωματικών δηλαδή θεραπευτικών προσεγγίσεων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (Low, Lacson et al., 2020). Ερευνητικά αποτελέσματα υποδεικνύουν, λόγου χάρη, ότι «η ύπνωση και η αυτό-ύπνωση μπορεί να είναι πολύτιμα εργαλεία στη διαχείριση του χρόνιου πόνου και προτείνει ότι οι υγειονομικοί που μεριμνούν για ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνιο πόνο θα πρέπει να εκπαιδευτούν σε αυτούς τους θεραπευτικούς τρόπους, ώστε αυτοί να μπορούν να εφαρμοστούν σε συνδυασμό με φαρμακολογική θεραπεία. Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει ότι αυτή η θεραπεία μπορεί να παρασχεθεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα από εκπαιδευμένους γιατρούς και νοσηλευτές» (Ardigo, Herrmann et al., 2016). Επιπρόσθετα, αξίζει να επισημανθεί η σημαντική συμβολή των συμπληρωματικών αυτών θεραπευτικών προσεγγίσεων στην

καλλιέργεια της ελπίδας για βελτίωση ή/και αποθεραπεία, την ενδυνάμωση της ψυχολογικής τους αντοχής και την ενθάρρυνση τέλος των πασχόντων από χρόνια πόνο να αντιμετωπίσουν ενεργητικά την κατάστασή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΟΝΟΣ

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η λέξη πόνος ετυμολογικά προέρχεται από το ρήμα «πένομαι» και τη συναντάμε από τους Ομηρικούς χρόνους με την ερμηνεία σκληρή δουλειά, μόχθος, κόπωση, ψυχικό ή σωματικό άλγος. Στον Ηρόδοτο τη συναντάμε με την έννοια της δυσφορίας και αργότερα την εποχή του Ιπποκράτη συσχετίστηκε με τη νόσο ή τον τραυματισμό. Από την Ομηρική περίοδο υπάρχουν στοιχεία ότι η αντιμετώπιση του πόνου γινόταν με φάρμακα από βότανα και με χειρουργικές επεμβάσεις παράλληλα με τις επικλήσεις προς τους θεούς και τις τελετές. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε το όπιο, τα ιαματικά λουτρά τη θερμότητα και άλλους τρόπους. (Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας ,τόμος 14^{ος} τεύχος 1^ο)

Για να εξευμενίσουν τους θεούς τους οι άνθρωποι έκαναν θυσίες ζώων ή και ανθρώπων στα πλαίσια τελετών. Ευρήματα από ανασκαφές στην περιοχή της αρχαίας Μεσοποταμίας αποκαλύπτουν την καλλιέργεια παπαρούνων οπίου για φαρμακευτική χρήση ως παυσίπονο και αγχολυτικό. Οι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν σκοπαλαμίνη, υοσκιαμίνη και τα ηλεκτρικά χέλια του Νείλου (μέθοδος που μοιάζει με τη διαδερμική ηλεκτρική διέγερση TENS). Στην αρχαία Ελλάδα οι άνδρες αγνοούσαν τον πόνο και αυτό τους έδινε περισσότερη αξία, ανυψώνονταν και άφηναν τον πόνο για τις γυναίκες.(Ancient Mesopotamia. This history-our history. Available at:mesopotamia.lib.uchicago.edu/. Accessed September 2009)

Η θρησκεία και η ιατρική αρχικά συνυπήρχαν, διαχωρίστηκαν, ωστόσο, κατά την εποχή του Ιπποκράτη. Στο βιβλίο της Γένεσης, όπου περιγράφεται η δημιουργία του κόσμου, βλέπουμε ότι ο Δημιουργός, για να φτιάξει την Εύα από την πλευρά του Αδάμ, έριξε τον τελευταίο σε βαθύ ύπνο (Γένεσις κεφ. Β΄, στίχος 2, 21). Προφανώς αυτό έγινε για την αποφυγή του πόνου. Σε διάφορες θρησκείες βρίσκουμε τον πόνο να έχει στενή ετυμολογική σχέση με τη λέξη «ποινή», η οποία, πιθανότατα, αντανακλά την ηθικά ανυψωτική αντίληψη για τον πόνο και σημαίνει τιμωρία για αμαρτήματα επιβεβλημένη από τους θεούς και κατά συνέπεια εξιλέωση. Ο πόνος, επομένως, προσλάμβανε το χαρακτήρα της τιμωρίας προς τον παραβάτη άνθρωπο. Κατά τους Χριστιανικούς χρόνους θεωρούσαν τον πόνο σα δοκιμασία σταλμένη από το Θεό και έπρεπε οι πιστοί να τον υπομένουν αγόγγυστα σαν καλοί Χριστιανοί. Με

τη διάδοση του Χριστιανισμού στο Βυζάντιο άρχισε η παροχή βοήθειας σε όλους ανεξαιρέτως τους πάσχοντες χωρίς διακρίσεις με εθελοντές από τις τάξεις, αρχικά, της εκκλησίας και αργότερα από επαγγελματίες νοσηλευτές. Ευρέως χρησιμοποιήθηκαν ως αναλγητικά, ήδη από τον Μεσαίωνα και την Αναγέννηση, το όπιο, τα βότανα, και η μπελαντόνα. Ο αιθέρας, το πρώτο μοντέρνο αναισθητικό ανακαλύφθηκε τον 16^ο αιώνα αλλά για τριακόσια χρόνια οι ιδιότητές του παρέμειναν άγνωστες και χορηγήθηκε για πρώτη φορά το 1846 σε χειρουργική επέμβαση. Η φαρμακολογική αντιμετώπιση του πόνου γίνεται πιο έντονη κατά τον 19^ο αιώνα με την ανακάλυψη του σαλικυλικού οξέος και της κωδεΐνης και αργότερα με τη χρήση της μορφίνης και της ηρωΐνης. Όμως οι σπουδαίες ανακαλύψεις του 20^{ου} αιώνα σε φάρμακα, χειρουργικές τεχνικές, αλλά, κυρίως, η μεγάλη πρόοδος της αναισθησιολογίας άλλαξαν το τοπίο και συνέβαλαν σημαντικά στην αντιμετώπιση του πόνου.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον Hansel είναι δύσκολο να ορισθεί τι είναι ακριβώς το ερέθισμα του πόνου. Όλα τα είδη της φυσικής ή χημικής δράσης πάνω στο δέρμα ή στους βλεννογόνους, όταν ξεπερνούν ένα ορισμένο όριο έντασης ή διάρκειας, γίνονται αντιληπτά ως πόνος. Η Διεθνής Ένωση για τη μελέτη του πόνου (IASP) ορίζει τον πόνο ως «μία δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης» (IASP). Ο συγκεκριμένος ορισμός υπογραμμίζει την πολυδιάστατη και υποκειμενική φύση του πόνου, μια πολύπλοκη εμπειρία μοναδική για κάθε άτομο.

Το 2020 μπορεί να ταυτίστηκε με την πανδημία Covid_19, αλλά συνδέθηκε πρόσφατα και με την εισαγωγή ενός αναθεωρημένου ορισμού του πόνου στοχεύοντας στη βελτιωμένη αξιολόγηση και διαχείριση του τελευταίου. Με βάση τον νέο αυτό ορισμό ο πόνος περιγράφεται ως «μία δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται ή μοιάζει με αυτήν που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών», ενώ προσθέτει έξι βασικά σημεία: α) ο πόνος είναι πάντα προσωπική εμπειρία που επηρεάζεται σε διάφορους βαθμούς από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, β) ο πόνος και η αλγαισθησία (nociception) είναι διαφορετικά φαινόμενα, μόνο η δραστηριότητα των αισθητικών

νευρώνων δεν αρκεί για να δικαιολογήσει τον πόνο, γ) μέσα από τις εμπειρίες της ζωής τους τα άτομα μαθαίνουν την έννοια του πόνου, δ) η αναφορά ενός ατόμου για μια εμπειρία ως εμπειρία πόνου πρέπει να γίνεται σεβαστή, ε) αν και ο πόνος συνήθως εξυπηρετεί έναν προσαρμοστικό ρόλο, μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη λειτουργία και την κοινωνική και ψυχολογική ευημερία του ατόμου και στ) η λεκτική περιγραφή είναι μόνο μία από τις πολλές συμπεριφορές που εκφράζουν πόνο, η αδυναμία επικοινωνίας δεν αναιρεί την πιθανότητα ένας άνθρωπος ή ένα μη ανθρώπινο όν να βιώνει πόνο.(IASP , 2020)

Πρέπει να παρατηρήσουμε ότι συγκριτικά με τον ορισμό που δόθηκε πριν 40 χρόνια, στον σύγχρονο ορισμό αναφέρεται για πρώτη φορά ότι ο πόνος είναι βίωμα, τονίζεται το ψυχο-κοινωνικό υπόβαθρο του πόνου, γίνεται λόγος για τη μη λεκτική έκφραση του πόνου, όπως επίσης για το ότι ο πόνος δεν αποτελεί αποκλειστική εμπειρία των ανθρώπων. Δηλαδή τώρα έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση, πιο ώριμη η οποία προσεγγίζει τον πόνο με βάση την εμπειρία του πάσχοντα και είναι σύμφωνη με το σύγχρονο επιστημονικό πνεύμα.

1.3 ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Αλγοϋποδοχέας: Είναι «έναν αισθητικός υποδοχέας που είναι ικανός να μετατρέψει και να κωδικοποιήσει τα βλαπτικά ερεθίσματα».

Αλγαισθησία: Χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη νευρική διαδικασία της κωδικοποίησης και προώθησης των βλαπτικών ερεθισμάτων (nociception).

Βλαπτικό ερέθισμα: Ένα συμβάν που προκαλεί πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη και διεγείρει τους αλγοϋποδοχείς (θερμικό – χημικό – μηχανικό) .

Αλγαισθητικό ερέθισμα: Ένα πραγματικό ή δυνητικό συμβάν που προκαλεί ιστική βλάβη μετατρέπόμενο και κωδικοποιούμενο από τους αλγοϋποδοχείς.

Αλγαισθητικός πόνος : Είναι ο πόνος που προκαλείται από την ενεργοποίηση των αλγοϋποδοχέων.

1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Κατά διαστήματα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την ταξινόμησή του, αλλά μέχρι σήμερα δεν υπάρξει μια οριστική κατηγοριοποίηση του πόνου. Αυτή μπορεί να γίνει με πολλά κριτήρια, με βάση είτε τη διάρκεια, είτε το αίτιο, είτε την ποιότητα, είτε την ένταση, είτε την περιοδικότητα είτε, τέλος, το μηχανισμό πρόκλησης του. Η ταξινόμηση του πόνου είναι χρήσιμη, γιατί μας βοηθάει στη διαφορική διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία. Πρέπει να αναφέρουμε ότι πιο σύγχρονη ταξινόμηση είναι η νευροφυσιολογική (αλγαισθητικός και μη αλγαισθητικός πόνος). Επίσης συχνά ένας οξύς πόνος μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνιο ή να πάρει χαρακτηριστικά και άλλων τύπων.

1.5 ΔΙΑΡΚΕΙΑ

I. Οξύς πόνος με αιφνίδια ή πρόσφατη έναρξη (ώρες ή μέρες). Συνήθως είναι αποτέλεσμα τραυματισμού ή κάποιας εκφυλιστικής νόσου, φλεγμονής ή λοίμωξης. Εμφανίζεται σε 0,1 sec από την εφαρμογή του αλγογόνου ερεθίσματος και περιγράφεται ως οξύς, νυγμώδης, ηλεκτρικός πόνος κτλ.. Συνήθως η αιτία του είναι εμφανής και λειτουργεί ως προστατευτικός μηχανισμός, ως σήμα κινδύνου.

Οξύ πόνο έχουμε στις παρακάτω περιπτώσεις:

Μετατραυματικός πόνος

Μετεγχειρητικός πόνος

Κεφαλαλγία -Ημικρανία

Ινομυαλγία

Οσφυαλγία

Νευραλγία τριδύμου

Έρπης ζωστήρας

Αρθρίτιδα

Τενοντίτιδα

Διάστρεμμα

Κολικός νεφρού

Προστατίτιδα

Κυστίτιδα

Συχνά ο οξύς πόνος δεν αντιμετωπίζεται σωστά και άμεσα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να πονάει για μεγάλο διάστημα και ο πόνος να γίνεται χρόνιος. Πολύ συχνά έχει εκλείψει η αρχική αιτία, αλλά ο πόνος παραμένει. Γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα ο οξύς πόνος άμεσα, ανεξάρτητα από την αιτία του.

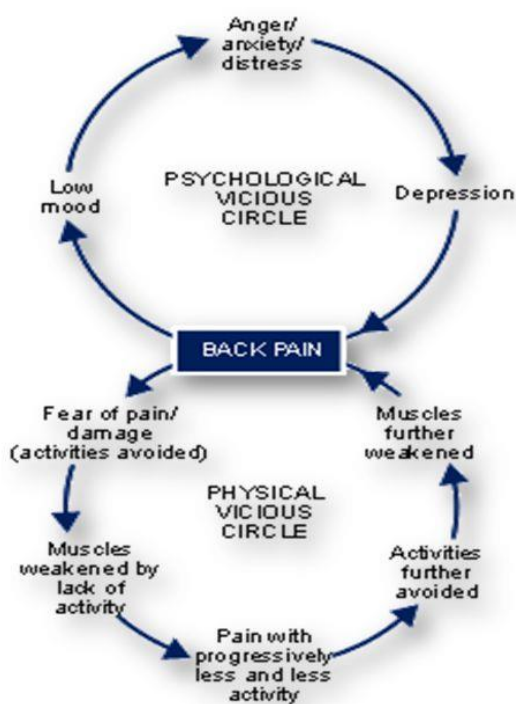
II. Χρόνιος πόνος που διαρκεί περισσότερο από έξι (6) μήνες ενώ δεν θα έπρεπε, δεν υπάρχει εμφανές αίτιο, δηλαδή ο πόνος υπάρχει, ενώ η πληγή έχει επουλωθεί. Αναφέρεται ως καυστικός, βύθιος, σφύζων, συσφικτικός κτλ.. Συνήθως συσχετίζεται με καταστροφή των ιστών και μπορεί να προέρχεται τόσο από το δέρμα όσο και από εν τω βάθει ιστούς και όργανα.

| Χαρακτηριστικά | | |
|--|---|---|
| Χαρακτηριστικό | Οξύς Πόνος | Χρόνιος Πόνος |
| Ενταξή | <ul style="list-style-type: none">• αφνίδιος | <ul style="list-style-type: none">• βαθμιαία |
| Διάρκεια | <ul style="list-style-type: none">• συνήθως λιγότερο από 6 μήνες | <ul style="list-style-type: none">• συνήθως περισσότερο από 6 μήνες |
| Αίτιο | <ul style="list-style-type: none">• ειδικό• μπορεί να προσδιορισθεί βιολογικά | <ul style="list-style-type: none">• μπορεί να είναι επαρκώς προσδιορισμένο ή όχι |
| Φυσιολογική απάντηση | <ul style="list-style-type: none">• υπερβολική δραστηριότητα των αυτόνομων λειτουργιών• αυξημένοι παλμοί• αυξημένη αρτηριακή πίεση• αυξημένος αναπνευστικός ρυθμός | <ul style="list-style-type: none">• φυσιολογική δραστηριότητα του αυτόνομου ΝΣ |
| Συναισθηματική/ συμπεριφορική απάντηση | <ul style="list-style-type: none">• άγχος• αισιοδοξία ότι ο πόνος θα ανακουφισθεί | <ul style="list-style-type: none">• κατάθλιψη• κόπωση• φυσική αδράνεια• κοινωνική απόσυρση |
| Απάντηση στα αναλγητικά | <ul style="list-style-type: none">• ικανοποιητική | <ul style="list-style-type: none">• συχνά μη ικανοποιητική |

Πίνακας 1

Στον οξύ πόνο έχουν αποδοθεί ευεργετικές δράσεις, γιατί ουσιαστικά λειτουργεί ως προειδοποίηση απειλής και ότι πρέπει ο πάσχων να προφυλαχτεί. Πολλές φορές είναι το πρώτο σύμπτωμα μίας νόσου και εμφανίζεται γύρω από τον τραυματισμένο ή πάσχοντα ιστό. Είναι απάντηση σε χημικό, θερμικό ή μηχανικό ερεθισμό των αλγοϋποδοχέων και η ένταση του ποικίλλει, όντας μεγαλύτερη τις πρώτες 24-72 ώρες και μειούμενη σταδιακά. Ο χρόνιος πόνος, όμως, δεν έχει προστατευτικό χαρακτήρα, γιατί οι βλάβες έχουν ήδη πραγματοποιηθεί, είναι μόνιμες και έτσι, ουσιαστικά, εκφράζει μια νέα νόσο.(Altman, Dickinson ,2020).

ΟΞΥΣ V ΧΡΟΝΙΟΣ



- **Οξύς**, λίγες μέρες, εβδομάδες

- **Χρόνιος** 3 μήνες

- **Φαύλος Κύκλος του Πόνου**

DE NMSI 2011-12

Εικόνα 2

1.6 ΑΙΤΙΑ

I. Καρκινικός πόνος, ο οποίος προοδευτικά επιδεινώνεται και τα αίτια του ποικίλουν. Μπορεί να είναι είτε οξύς , είτε χρόνιος.

II. Μη καρκινικός.

1.7 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ

I. Αλγαισθητικός (nociceptive) πόνος:

α. Σπλαχνικός. Ξεκινά από τα μαλακά όργανα της κοιλιάς, του θώρακα ή της πυέλου.

β. Σωματικός. Προέρχεται από το δέρμα, τους μύες, τους τένοντες, τους συνδέσμους, τις αρθρώσεις, τα οστά και είναι συνεχής και σαφώς εντοπισμένος.

II. Μη αλγαισθητικός πόνος:

α. Νευροπαθητικός. Συνήθως σε βλάβες, νόσο ή δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος, κεντρικού ή περιφερικού. Η βλάβη μπορεί να μην είναι εμφανής και συχνά περιγράφεται σαν ηλεκτρικό ρεύμα, κνησμός, κατά ριπές ή αιμωδία.

β. Πόνος Συμπαθητικής αιτιολογίας. Είναι μία χρόνια κατάσταση που οφείλεται σε υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος (ιδρώτας, ψυχρά άκρα, ανόρθωση τριχών αλλαγή χρώματος μπλε-κόκκινο). Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι χρόνιος πόνος και είναι κλινικό σύμπτωμα και όχι διάγνωση (IASP, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η πρόκληση και η αντίληψη του πόνου (αλγαισθησία) είναι μια πολύπλοκη διαδικασία με πολλαπλούς μηχανισμούς που σε πολλά σημεία περιπλέκονται μεταξύ τους. Μια σειρά ηλεκτροχημικών φαινομένων πραγματοποιούνται από το σημείο της ιστικής βλάβης μέχρι την επεξεργασία του ερεθίσματος στον εγκέφαλο. Στη διαδικασία αυτή συμμετέχουν πολλά συστήματα, από το δέρμα, τα σπλάχνα, το Περιφερικό Νευρικό, το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και τον εγκεφαλικό φλοιό.

Συνοπτικά η αλγαισθησία χωρίζεται σε μετατροπή (transduction), μεταβίβαση (transmission), τροποποίηση (modulation) και αντίληψη (perception). Πρώτο βήμα στη διαδικασία αυτή είναι η **μετατροπή** του ερεθίσματος σε ηλεκτρικό σήμα με τη βοήθεια πολλών διαύλων ιόντων που μετέχουν σε αυτή την μετατροπή. Αφετηρία είναι το επώδυνο ερέθισμα (μηχανικό, θερμικό, χημικό) που ενεργοποιεί τους αλγοϋποδοχείς. Το παραγόμενο δυναμικό μεταφέρεται στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού με αδ και C ίνες με ταυτόχρονη απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών. Οι ίνες αδ είναι μεγάλες και εμμύελες και μεταφέρουν την ώση πολύ γρήγορα (12-30 m/sec). Οι τελικές τους απολήξεις βρίσκονται στο δέρμα (αδ αλγοϋποδοχείς) είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση του πρώτου, του «ταχύ πόνου», που εμφανίζεται αμέσως μετά την εφαρμογή του ερεθίσματος και είναι οξύς, καλά εντοπισμένος, παροδικός και είναι ένας αμυντικός μηχανισμός του οργανισμού. Οι C ίνες είναι λεπτές, αμύελες και οι υποδοχείς τους βρίσκονται διασκορπισμένοι σε διάφορους ιστούς, στο δέρμα, σε περιτονίες, μύες, τένοντες, αρθρώσεις, οστά, οδοντικό πολφό κτλ.. Έχουν μικρή ταχύτητα αγωγής (0,5-2 m/sec) και διεγείρονται από τις ουσίες που εκλύονται στο σημείο της βλάβης. Αυτές είναι υπεύθυνες για τον «αργό πόνου» που έρχεται με κάποια καθυστέρηση σε σχέση με τον οξύ και είναι παρατεταμένος και ίσως όχι καλά εντοπισμένος. Επίσης αυτές μεταφέρουν και τις περισσότερες πληροφορίες που ενδιαφέρουν τους κλινικούς. (Millan M J, 2002)

Στη φάση της **μεταβίβασης** το ηλεκτρικό δυναμικό, με τη μορφή ώσεων, διαβιβάζεται με τη βοήθεια του αισθητικού νευρικού συστήματος από την περιφέρεια στα οπίσθια κέρατα του Ν.Μ. και από εκεί σε ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου. Σε αυτό βοηθούν οι πρωτογενείς αισθητικοί νευρώνες, οι ανιούσες οδοί (νωτιοθαλαμική, νωτιοϋποθαλαμική, νωτιοδικτυωτή, νωτιομεσεγκεφαλική) και οι θαλαμοφλοιώδεις

προβολές. Επίσης τη μεταβίβαση εξυπηρετούν κάποιοι σχηματισμοί στη μετασυναπτική περιοχή, όπως είναι: α) οι υποδοχείς των νευρομεταβιβαστών και β) οι διάλυοι ασβεστίου, καλίου και νατρίου. (Baron R et al , 2000)

Στη συνέχεια με την **τροποποίηση**, που περιλαμβάνει αρκετές επιμέρους φάσεις, τροποποιούνται οι αλγαισθητικές ώσεις διαμέσου νευρωνικών επιδράσεων. Από τα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού πληροφορίες μεταβιβάζονται σε ανώτερα κέντρα. Ο εγκέφαλος προσπαθεί να προσαρμόσει τη σωματική αντίδραση στον πόνο είτε αμβλύνοντας είτε οξύνοντάς την με διεγερτικούς και ανασταλτικούς νευρώνες. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη φάση διαδραματίζουν οι πυρήνες του στελέχους, αλλά ακόμη σημαντικότερο οι υποδοχείς των οπιοειδών και οι νικοτινοαμινοϋποδοχείς (NMDA) με τους οποίους συνδέονται οι νευροδιαβιβαστές του πόνου. (B Kulkarni, D E Bentley, 2005)

2.2 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΥΛΗΣ (GATE CONTROL THEORY)

Οι Meltzack και Wall παρουσίασαν μια θεωρία το 1972 για να ερμηνεύσουν το φαινόμενο του πόνου. Σύμφωνα με αυτή, οι ίνες Αβ διεγείρουν την ηηκτωματώδη ουσία ενώ οι C αναστέλλουν τη δραστηριότητα της. Η ηηκτωματώδης ουσία αναστέλλει τη μετάδοση του ερεθίσματος στα όργανα της δράσης. Έτσι, όταν έχουμε ένα μη επώδυνο ερέθισμα χαμηλής έντασης, τότε διεγείρονται οι Αβ ίνες οι οποίες διεγείρουν την ηηκτωματώδη ουσία, η οποία, με τη σειρά της, κλείνει την πύλη και σταματά τη μετάδοση του ερεθίσματος. Αν αυτό το ερέθισμα συνεχιστεί, τότε, μετά από ένα χρονικό διάστημα, οι ίνες Αβ εθίζονται και σταματά η δραστηριότητά τους. Τότε αναλαμβάνουν δράση οι ίνες C, οπότε και αναστέλλεται η δράση της ηηκτωματώδους ουσίας και τα ερεθίσματα που φέρονται από αυτές περνούν στα όργανα δράσης και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ), οπότε ο ασθενής πονά. Το φαινόμενο αυτό έχει χαρακτηριστεί ως «το μαρτύριο της σταγόνας». Στην αρχή που πέφτουν οι σταγόνες διεγείρονται οι Αβ και κλείνει η πύλη. Όσο περνά η ώρα οι Αβ παύουν να διεγείρονται και αναλαμβάνουν οι C οι οποίες ανοίγουν την πύλη και το ανώδυνο ερέθισμα από την πτώση της σταγόνας γίνεται αντιληπτό σαν επώδυνο.

Ανασταλτική δράση και κλείσιμο της πύλης επιφέρουν οι ενδορφίνες που παράγονται κυρίως από την υπόφυση και τον υποθάλαμο σε συνθήκες στρες ή πόνου και επιφέρουν ευφορία και αναλγησία. Αυξημένη παραγωγή ενδορφινών έχουμε κατά την άσκηση, το βελονισμό, τον τοκετό, το μασάζ και την αυξημένη κατανάλωση

σοκολάτας. Με τη θεωρία της πύλης φαίνεται να ερμηνεύεται η αναλγησία που επιτυγχάνεται με το βελονισμό, τον διαδερμικό ηλεκτρικό ερεθισμό ή το τρίψιμο της περιοχής που πονά. Δηλαδή πετυχαίνουμε την ενεργοποίηση των Αβ ιών και κλείσιμο της πύλης. Στην θεωρία της πύλης βασίζονται οι περισσότερες μέθοδοι αναλγησίας, δηλαδή στόχος είναι το κλείσιμο της με φάρμακα ή με άλλους εναλλακτικούς τρόπους. (Meltzak R and Wall PD , 1965)

Η **αντίληψη** αποτελεί την τελική διαδικασία η οποία πραγματοποιείται στο φλοιό, κατά την οποία οι προηγούμενες φάσεις (*μετατροπή, μεταβίβαση, τροποποίηση*) επεξεργάζονται και γίνονται κατανοητές ως πόνος. Πρέπει να τονίσουμε στο σημείο αυτό πως στη διαμόρφωση παρεμβαίνουν, τελικά, και άλλοι παράγοντες, όπως η ψυχολογία, το φύλο, η κουλτούρα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η ηλικία, εθνικές μεταβλητές, η οικογένεια και όποια προγενέστερη εμπειρία πόνου. Έτσι δημιουργείται μια μοναδική και τελείως υποκειμενική εμπειρία την οποία αντιλαμβανόμαστε ως πόνο και η οποία είναι μια δυναμική διαδικασία που μπορεί να μεταβληθεί από τους παραπάνω παράγοντες.



Εικόνα 3

2.3 ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ο πόνος είναι μια κοινή εμπειρία που βιώνουν όλοι οι άνθρωποι από τη στιγμή της γέννησής τους και εξής. Είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την ανθρώπινη ύπαρξη.

- «Πονώ άρα υπάρχω.»
- «Πατέρα ίνα τι με εγκατέλειπες;»

Δεν αποτελεί πλέον μόνο σύμπτωμα αλλά νόσο, είναι δηλαδή μια ξεχωριστή οντότητα και μπορεί να προκαλέσει πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Ειδικότερα ο χρόνιος πόνος, πόνος δηλαδή που επιμένει περισσότερο από 3-6 μήνες, είναι η πιο βασανιστική και φθοροποιός μορφή και αποτελεί παράγοντα διαμόρφωσης συμπεριφοράς. Πολλές φορές μάλιστα καθορίζει και την πορεία της ζωής των πασχόντων.(Katz, Rosenbloom, Fashler ,2015)

Το Εθνικό Ινστιτούτο Νοσηλευτικής Έρευνας των ΗΠΑ αναφέρει ότι ο πόνος επηρεάζει περισσότερους Αμερικανούς από ό,τι ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις και ο καρκίνος μαζί. Σύμφωνα με έκθεση του WHO του 1998 με 26.000 ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε 5 ηπείρους, 22% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι κάποια στιγμή στο χρόνο υπέφερε από επίμονο πόνο. Πράγματι, ασθενείς με χρόνια πόνο αναζητούν απεγνωσμένα ανακούφιση πηγαίνοντας από γιατρό σε γιατρό. Επιπλέον, τα αναλγητικά φάρμακα είναι τα δεύτερα πιο συχνά συνταγογραφούμενα στα ιδιωτικά ιατρεία και τα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων. Ενισχύοντας περαιτέρω τη σημασία της επαρκούς αξιολόγησης του πόνου, η Μικτή Επιτροπή για τη Διαπίστευση των Οργανισμών Υγείας εξέδωσε οδηγία να αξιολογείται ο πόνος σαν το πέμπτο ζωτικό σημείο κατά την εξέταση (Lindquist, Tracy & Snyder 2018).

Έτσι, στην πραγματικότητα, η αύξηση στη χρήση μη παραδοσιακών, αλλά εναλλακτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αντανακλά στο μεγάλο αριθμό αυτών των ασθενών που νιώθουν ότι πρέπει να ξεφύγουν από την παραδοσιακή ιατρική και ίσως από τα πολλά αναλγητικά φάρμακα. Επίσης βλέπουμε Ιατρεία Πόνου τόσο στα Νοσοκομεία όσο και ιδιωτικά που προφέρουν σημαντικά στην ανακούφιση του πόνου και στα οποία συνεργάζονται διάφορες ειδικότητες. Αφού ο χρόνιος πόνος επηρεάζει τον άνθρωπο σε πολλούς τομείς της ζωής του, αποτελεί τεράστιο οικονομικό βάρος για την κοινωνία μας (Frass, Strassl, Friehw, 2012). Το άμεσο και έμμεσο κόστος του πόνου εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 125 ως 215 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Οι μακροχρόνιες συνέπειες του πόνου περιλαμβάνουν αύξηση στις περιπτώσεις κατάθλιψης, άγχους, απογοήτευσης, αυξημένα ποσοστά αναπηρίας, μεταβολές στη γνώση και κακή ποιότητα ζωής.

Έτσι ο χρόνιος πόνος μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητός από μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, μέσω της οποίας ο πόνος αντιμετωπίζεται ως μία πολύπλοκη και πολύπλευρη εμπειρία που προκύπτει από τη δυναμική αλληλεπίδραση

της φυσιολογικής κατάστασης του ασθενούς, των σκέψεων, των συναισθημάτων, των συμπεριφορών και των κοινωνικών και πολιτισμικών επιδράσεων που δέχεται (Wieland, Manheimer & Berman, 2011).

Παρά τις σημαντικές εξελίξεις στην νευροφυσιολογία του πόνου, την πληθώρα διαγνωστικών διαδικασιών και την εφαρμογή εξελιγμένων θεραπευτικών μεθόδων και προσεγγίσεων, οι διαθέσιμες θεραπείες για τον χρόνια πόνο σπάνια οδηγούν σε πλήρη επίλυση του προβλήματος. Αυτές οι θεραπείες περιλαμβάνουν κυρίως αναλγητικά διαφόρων κατηγοριών τα οποία ίσως μπορέσει ο ασθενής να τα διακόψει, καθώς συχνά είναι αναποτελεσματικά ή έχουν σύντομη διάρκεια δράσης. Πολλά από αυτά ανήκουν στην κατηγορία των οπιοειδών και οδηγούν σε εξάρτηση, άλλα είναι ψυχοφάρμακα, αντικαταθλιπτικά ή/και υπνωτικά που έχουν σημαντική θέση στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Έτσι τα άτομα με χρόνια πόνο θα συνεχίσουν να ζουν με κάποιο βαθμό-επίπεδο πόνου, ανεξάρτητα από τη θεραπεία ή τις θεραπείες που λαμβάνουν (Kelner & Wellman, 2014). Ωστόσο, πολλά υποσχόμενες στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου φαίνεται, μέσα από τη σχετική έρευνα, να είναι κάποιες εναλλακτικές θεραπείες που μπορεί να βοηθήσουν τους πάσχοντες να απεξαρτηθούν από τα παραπάνω ή να φτάσουν στο σημείο να τα χρησιμοποιούν ελάχιστα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ Ή/ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΓΕΝΙΚΑ

3.1 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟ

«Προστάτεψε με στοργή και με θυσίες το σώμα σου, προλαβαίνοντας όσο είναι δυνατόν, και, στην ανάγκη, επανορθώνοντας τη φθορά του, αλλά γνώριζε ότι η υγεία δεν αποτελεί πάντοτε αγαθό, γίνεται αγαθό, και η αρρώστια δεν είναι πάντοτε κακό, γίνεται κακό». Η υγεία γίνεται αγαθό μόνο για κείνον που μπορεί να τη χαρεί και να την αξιοποιήσει και η αρρώστια γίνεται κακό μόνο για κείνον που κρύβεται πίσω της, για να αποφύγει ευθύνες ή βιάζεται να τη θεωρήσει οριστική καταστροφή και παραιτείται. Να προσπαθούμε διαρκώς για να διατηρεί το σώμα μας την ακμή και την ισορροπία του, όχι όμως να ανησυχούμε υπερβολικά μήπως χάσουμε την υγεία μας, έτσι που η περιφρούρησή της να γίνεται πηγή άγχους. Αυτή η κατάσταση είναι από μόνη της παθολογική.

Υπάρχει η άποψη ότι, εκτός από την αγωγή υγείας, είναι απαραίτητη και η αγωγή ασθένειας. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που καλούνται ν' αντιμετωπίσουν κάποια αρρώστια κυριεύονται από πανικό και έτσι προδικάζουν μια κακή εξέλιξη της κατάστασής τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, τα άτομα αυτά υποσυνείδητα θεωρούν μια τέτοια ήττα «συμφέρουσα» και την προεξοφλούν, για να μη χάσουν τα πιθανά κέρδη της. Από άτομο σε άτομο για την ίδια βαρύτητα νόσου ή «πόνου», με τη γενική έννοια της λέξης, υπάρχουν βασικές διαφορές, όσον αφορά τόσο στην αντιμετώπιση της δυσκολίας όσο και τα βήματα που ο καθένας θα κάνει στη ζωή του από εκεί και πέρα. Δυνατοί χαρακτήρες αντιδρούν με σύνεση και καρτερικότητα, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνουν σημαντικές προόδους στη ζωή τους, αντίθετα, άνθρωποι «δύσκολοι» ή αδύναμοι εύκολα ηττώνται, εύκολα φθίνουν, ακόμα και από πολύ μικρότερο, αντικειμενικά - όσο γίνεται βέβαια - πρόβλημα. Ο χρόνιος πόνος, λόγου χάρη, είναι μια πρόκληση στην αντοχή του ατόμου, στην προσωπικότητα και το χαρακτήρα του, στη ζωή του. Η ιατρική, η φαρμακολογία απλώς βοηθούν, αλλά η συμμετοχή του πάσχοντα είναι αποφασιστικής σημασίας. (Katz, Rosenbloom, Fashler, 2015)

Όσον αφορά στο σωματικό πόνο, αλλά και γενικότερα τον πόνο, υπήρξαν διάφορες μορφές αντιμετώπισης στην κοινωνική παράμετρο, από το παρελθόν μέχρι σήμερα. Στενά συνδεδεμένη με τον ηρωισμό και την ανδρική υπόσταση, κυρίως, ήταν η μη έκφραση – εκδήλωση ή η αποσιώπηση του πόνου. Κάτι τέτοιο φαίνεται και στην αρχαία ελληνική ιστορία ότι ίσχυε κυρίως στην αρχαία Σπάρτη, όπου το καθεστώς ήταν πολεμικό και ο σωματικός πόνος σοβαρό εμπόδιο στην επιβίωση της πόλης – κράτους. Η αντοχή στον πόνο διδασκόταν με σκληρά μέσα, μέσα σε κλίμα απάνθρωπης, για τα σημερινά δεδομένα, διαπαιδαγώγησης των αγοριών ως μελλοντικών πολεμιστών, αλλά και των κοριτσιών που θα γεννούσαν και θα ανέθρεφαν γερά και αρτιμελή τέκνα προορισμένα να γίνουν γενναίοι υπερασπιστές της πατρίδας τους. Κατάλοιπα της στάσης αυτής απέναντι στο σωματικό – κυρίως – πόνο βρίσκουμε και σήμερα. Το θέμα είναι ότι ο σύγχρονος άνθρωπος πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει ό,τι αισθάνεται, για να μη δημιουργούνται, αφενός, στην ψυχή του απωθημένα, τα οποία, συνήθως, συσσωρευμένα εμφανίζονται αργότερα με παθολογικό τρόπο, ερχόμενα στην επιφάνεια, αλλά και γιατί, αφετέρου, είναι βασικό ο γιατρός και γενικά ο λειτουργός υγείας, να έχει μια σωστή εικόνα της κατάστασης του ασθενή του.

Ο πόνος είναι χαρακτηριστικό των περισσότερων οργανισμών. Όμως, είναι παρατηρημένο ότι τη μεγαλύτερη ποικιλία αντιδράσεων συναντούμε στον άνθρωπο, εξαιτίας, βέβαια της ανεπτυγμένης νοημοσύνης του, έτσι, θα λέγαμε ότι ο πόνος κατατάσσεται στα «ανθρώπινα». Δεν θα πρέπει να ζητούμε από τον πάσχοντα να γίνει ήρωας, αλλά να τον βοηθούμε να αντιμετωπίσει τον πόνο του, με κατανόηση. Και, βέβαια, πρώτο μέλημα της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας είναι η ανακούφιση από τον πόνο, σε πάρα πολλές περιπτώσεις.(Pestka and Cutshall , 2014) Ο χρόνιος πόνος, ειδικότερα, είναι ένα συμβάν που δεν αφήνει κανένα αδιάφορο ούτε τον πάσχοντα ούτε το περιβάλλον του, οικογενειακό, εργασιακό ή κοινωνικό. Επειδή αφορά στην υγεία, την ποιότητα ζωής, τη δυνατότητα δημιουργίας και δράσης και επειδή επηρεάζει καταλυτικά τη διάθεση και ολόκληρη την ψυχική σφαίρα του ανθρώπου που πάσχει, ο πόνος, η προέλευσή του και η εξήγησή του και το ψυχικό του κόστος συνδέθηκαν, μέσα από θρησκευτικές ερμηνείες, προλήψεις και δεισιδαιμονίες, ήδη από τα χρόνια του ανθρώπου των σπηλαίων, με την ηθική υπόστασή του, την αξία του. Σε ακραίες μορφές, ο πόνος θεωρήθηκε ως μέσο

εξιλέωσης από την αμαρτία, αφού πάντα είχε στη συνείδηση των λαών την ηθική απόχρωση της (θείας) τιμωρίας.

Είναι τόσο το κόστος του χρόνιου πόνου μερικές φορές, που πάντα, όταν τίθεται το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας στην Ιατρική και Νοσηλευτική Σκέψη, ο πόνος συζητιέται ως ένας από τους βασικούς λόγους για να καταφύγουμε στην ακραία αυτή λύση. Επίσης είναι πάρα πολλοί εκείνοι που θα απαντούσαν καταφατικά. Ένας ανίατος χρόνιος πόνος κουράζει, εξαντλεί ψυχικά και σωματικά τον πάσχοντα, τόσο, που πολλές φορές ο ίδιος τελικά είναι αρνητικός στην οδυνηρή παράταση της ζωής του και παρακαλεί τους ειδικούς να τον βοηθήσουν να πεθάνει, για να πάψει να υποφέρει. Χωρίς να λαμβάνεται εδώ θέση υπέρ ή κατά της ευθανασίας, η οποία εξάλλου δεν αποτελεί παράμετρο της παρούσας εργασίας, εντούτοις, όλα τα παραπάνω αποδεικνύουν τη σοβαρότητα και τη βαρύτητα μιας βασικής παραμέτρου του εξεταζόμενου θέματος, αυτή του χρόνιου πόνου.

Από την εποχή των σπηλαίων, εποχή που η σκέψη αιωρούνταν και πλανιόταν στη μεταφυσική και τη μαγεία για να δαμάσει τις δυνάμεις της φύσης, ο πόνος ήδη είχε αποκτήσει ηθική-θρησκευτική διάσταση στην αντίληψη των πρωτόγονων κοινωνιών και αντίστοιχα η θεραπεία ήταν θρησκευτική, μυστικιστική, τελετουργική. Επίσης, χρησιμοποιούνταν διάφορα φυτικά ναρκωτικά για να απαλύνουν τον πόνο, τον οποίο, συνήθως, απέδιδαν στην διείσδυση του στοιχείου του Κακού στο σώμα του ανθρώπου που βίωνε πόνο. Στόχος της ιεροτελεστίας και των βοτάνων, λόγου χάρη του όπιου, ήταν ο εξορκισμός του κακού πνεύματος. (Ρηγάτος , 2009) Τα παραπάνω, αν και γνωστά, ακούγονται σήμερα παράλογα. Όμως, αν αναλογιστούμε τι ισχύει στα χρόνια μας, θα βρούμε βασικές ομοιότητες όσον αφορά στην ερμηνεία και τη θεραπεία του πόνου. Μέχρι πριν από λίγα χρόνια χρησιμοποιούνταν ευρέως ξόρκια, γητειές, ξεματιάσματα. Η προσευχή και σήμερα κατέχει στην αντίληψη του λαού σημαντική θέση στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Ο άνθρωπος δεν έχει ξεφύγει από την αναζήτηση της μεταφυσικής και των λύσεων που αυτή υπόσχεται, την ίδια στιγμή που ο ορθολογισμός της επιστήμης και της τεχνολογικής ανέλιξης διαψεύδει οτιδήποτε σχετικό και πρεσβεύει άλλες απόψεις. Δεν θα πρέπει να απορρίψουμε τις συναισθηματικές πτυχές του ανθρώπου. Ο πόνος δεν αφορά σε ρομπότ και μηχανές, αλλά σε ευφυή έμβια ύλη με πνευματική και ψυχική διάσταση. Είναι δυνατόν, επομένως, μέσα από την υποβολή και την αυθυποβολή, μία θρησκευτικού τύπου αντιμετώπιση του πόνου να φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Σ' αυτή την περίπτωση, η ορθολογική σκέψη δε θα είχε να προσφέρει πολλά πράγματα.

Έχουν διατυπωθεί πάμπολλες απόψεις σχετικά με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και τη στάση του ανθρώπου απέναντι σε αυτόν, έχουν γραφτεί πολλές θεωρίες, βιοθεωρίες, προτάσεις και αξιώματα βιοηθικής. Μια προστατευτική μητρική βοήθεια από την πλευρά της νοσηλεύτριας που είναι ενστικτώδης και πηγαία, μια κρυφή προσφορά θανατηφόρου φαρμάκου από γιατρό με μόνο κίνητρο τα φοβερά αισθήματα οίκτου απέναντι στον ανίατο και με φρικτούς πόνους ασθενή του είναι δύο εικόνες που μας παραπέμπουν σε ανάλογα θέματα. Κάποιοι σύγχρονοι μελετητές που αποπειρώνται να σκεφτούν φιλοσοφικά διατυπώνουν την άποψη ότι ο πόνος είναι φυσική, φυσιολογική οργανική εκδήλωση και ο ασθενής θα πρέπει να αφήνεται να βιώνει τον πόνο του ως μέρος της φύσης του. Ο Λεό Μπουσκάλια επιμένει ότι ο άνθρωπος δεν κάνει καλά, όταν προτιμά το τίποτα από τον πόνο. Διατυπώνει την άποψη ότι ο πόνος χρειάζεται, γιατί διδάσκει. Ένας διαρκής, ανυπόφορος, ανίατος πόνος, ίσως, είναι ικανός από μόνος του να εξοντώσει τον άνθρωπο που υποφέρει. Αυτός που αντέχει ένα μέτριο πόνο χωρίς παυσίπονα -ενστερνιζόμενες μοντέρνες απόψεις- κάνει, ίσως, καλά. Αλλά εκείνος που επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του για να μην υποφέρει, ευρισκόμενος λόγου χάρη στο τελικό στάδιο καρκίνου, δε θεραπεύεται μέσα από πρόχειρες και επιπόλαιες θεωρίες. Ο ανθρώπινος οργανισμός, όπως και οτιδήποτε ανήκει στην έμβια ύλη, την ανατομία, την οργάνωση και τη λειτουργία του είναι πολύ καλός, αλλά όχι τέλειος. Λοιπόν, ακόμα κι αν θεωρήσουμε έναν δυνατό πόνο ως ειδοποίηση και τρόπο άμυνας του σώματός μας, δεν παύει ποτέ να είναι ένα ισχυρό νευρωνικό ηλεκτροσόκ, ικανό να ανεβάσει το σφυγμό και την αρτηριακή πίεση τόσο που ο ασθενής να καταλήξει λόγω καρδιακού ή εγκεφαλικού επεισοδίου.

Ο παθολογικός πόνος είναι μια αρρώστια του οργανισμού που «ζητά» τη θεραπεία της. Η φαρμακευτική από το ένα μέρος έχει προσφέρει ανεκτίμητα, ο άνθρωπος από το άλλο έχει τρομακτικά δυναμικά άμυνας, τα οποία αποκαλύπτονται σχεδόν πάντα, κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες. Ο λειτουργός υγείας, νοσηλευτής, γιατρός, αντιμετωπίζουν καθημερινά πλήθος πασχόντων, με πονεμένα μέλη, με φλεγμονές, ανθρώπους που γενικά πάσχουν. Σήμερα, όλο και πιο πολύ υποστηρίζεται η πολυδιάστατη ολιστική αντιμετώπιση-θεραπεία του ασθενή.(Katz,2015) Για να επανέλθει η ισορροπία που χαρακτηρίζει την υγεία και την ευεξία του ανθρώπου, η

ολιστική αντιμετώπιση έρχεται να αντικαταστήσει τη μεμονωμένη θεραπεία της αρρώστιας. Τα βήματα είναι αργά και αποφασιστικά, ετοιμάζουν το πεδίο για μια πολυσύνθετη, πολυδιάστατη και άλλο τόσο αποτελεσματική θεώρηση τόσο της αρρώστιας όσο και της υγείας. Προχωρώντας πιο πολύ, τείνει να αλλάξει ολόκληρη η θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού και της ανθρώπινης ζωής και υπόστασης.

Τα ευεργετικά αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας, λόγου χάρη, σε σχέση με την υγεία, μπορούν να προωθηθούν περαιτέρω μέσα από έρευνες που γίνονται τα τελευταία χρόνια γύρω από την εφαρμογή των συμπληρωματικών θεραπειών. Η μουσικοθεραπεία έχει ευεργετικές ανακουφιστικές ιδιότητες, αλλά όχι θεραπευτικές, από μόνη της, ιδιότητες οι οποίες πηγάζουν από τις ανάγκες των ασθενών. Αυτές οι διαφορές μπορούν να δικαιολογηθούν και από άλλες μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο και τυχόν προηγούμενη έκθεση στην μουσικοθεραπεία. Η συνεργασία και ο συνδυασμός τόσο των συμβατικών όσο και των συμπληρωματικών θεραπειών στο τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας του χρόνιου πόνου, αποτελούν βασικό εχέγγυο, για την παροχή ποιοτικής φροντίδας προς όλους τους ασθενείς, κυρίως σε περιπτώσεις που αφορούν χρόνιες παθήσεις και τελικού σταδίου ασθένειες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, αν όλοι οι επαγγελματίες υγείας πριν από κάθε νοσηλευτική - ιατρική παρέμβαση, λαμβάνουν υπόψη την ανθρώπινη υπόσταση, τον πόνο, το βαθμό ενσυναίσθησης που απαιτείται πριν από κάθε παρέμβαση. Οφείλουν οι επαγγελματίες υγείας να εκτιμήσουν την σημασία της ανακουφιστικής φροντίδας που παρέχει η μουσικοθεραπεία, με κατάλληλη εκπαίδευση, συμπεριλαμβανόμενης και της βιοματικής συμμετοχής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα εκπαιδευτικά μουσικοθεραπευτικά προγράμματα. Με τέτοιου είδους προϋποθέσεις και έχοντας την παροχή ποιοτικής φροντίδας κατά νου, η εφαρμογή αλλά και ο συνδυασμός όλων των συμπληρωματικών θεραπειών, θα ενισχύσουν αλλά και θα συνεισφέρουν τόσο στο τομέα της εκπαίδευσης όσο και στον τομέα της ποιότητας υγείας. Επιπλέον, η ένταξη των μουσικοθεραπευτών στο χώρο της υγείας, είναι μια άλλη παράμετρος βασική, για τη προαγωγή της μουσικοθεραπείας.(Lee,2012) Σε τερματικές αλλά και σε χρόνιες ασθένειες, η χρήση της μουσικής ως μιας βιοματικής εμπειρίας επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχοσυναισθηματική κατάστασή του ασθενή. Επιπρόσθετα, η διοργάνωση σεμιναρίων που να αφορούν στη χρήση της μουσικής σε χρόνιες και τερματικές ασθένειες τόσο για τους

επαγγελματίες υγείας όσο και για το κοινό είναι ένα πολύ βασικό κίνητρο για τη χρήση αλλά και εφαρμογή της μουσικής ως ανακουφιστικής φροντίδας.

Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να γίνει μία βασική διάκριση ανάμεσα στον όρο «εναλλακτική» και τον όρο «συμπληρωματική» θεραπευτική προσέγγιση με βάση τη σχέση της καθεμίας με την συμβατική ιατρική προσέγγιση. Όπως υποστηρίζουν οι Cassileth, Deng (2004), η «εναλλακτική» και η «συμπληρωματική» θεραπεία πρέπει να διαχωριστούν με σαφήνεια. Οι συμπληρωματικές θεραπείες, από το ένα μέρος, χρησιμοποιούνται ως προσθήκες και ως ενίσχυση στην επικρατούσα επίσημη θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα, ενώ, από το άλλο μέρος, η εναλλακτική θεραπεία χρησιμοποιείται αντί της επικρατούσας νοσηλευτικής θεραπείας και φροντίδας. Η διαφορά μεταξύ των δυο, συνεπώς, έγκειται στο γεγονός ότι η συμπληρωματική θεραπεία έρχεται να ενισχύσει την ήδη υπάρχουσα ιατρική μέριμνα, ενώ η εναλλακτική θεραπεία θέτει ως στόχο της την ανακούφιση του χρόνιου πόνου ή/και την ίαση του ασθενούς με τη χρήση αποκλειστικά της δικής της εναλλακτικής θεραπευτικής προσέγγισης.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι με τα χρόνια, έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τη χρήση και τη νομιμοποίηση συμπληρωματικών ή/και εναλλακτικών θεραπειών. Οι συμπληρωματικές θεραπείες, που έχουν οριστεί ως μια ομάδα διαφορετικών συστημάτων υγείας, πρακτικών και προϊόντων που δεν θεωρούνται σήμερα μέρος της συμβατικής ιατρικής, έχει ενσωματωθεί επαρκώς στην ιατροφαρμακευτική κάλυψη από διάφορα σχέδια ασφάλισης υγείας. Στις ΗΠΑ, η Medicare και η Medicaid αρχίζουν να εγκρίνουν αποζημιώσεις για τη χρήση επιλεγμένων συμπληρωματικών θεραπειών. Παρομοίως, η Αυστραλία έχει έναν αυξανόμενο αριθμό ιδιωτικών ταμείων υγείας που καλύπτουν θεραπείες, όπως ο βελονισμός, ο βιοσυντονισμός και η ομοιοπαθητική. Είναι μάλιστα χαρακτηριστικό ότι οι συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές θεραπείες που στο παρελθόν χρησιμοποιούνταν ως έσχατη λύση για χρόνιες ασθένειες χρησιμοποιούνται τώρα ως πρωτογενείς θεραπείες. (Dimaiο, 2010) Καθώς οι άνθρωποι σήμερα ζουν περισσότερο με χρόνιες ή ανίατες ασθένειες, η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας θα αυξηθεί. Για παράδειγμα, ενώ το προσδόκιμο ζωής στο υγειονομικό σύστημα των ΗΠΑ, έχει αυξηθεί από 47 χρόνια σε 75 χρόνια τα τελευταία 100 χρόνια, το ίδιο σύστημα έχει προσαρμοστεί αργά στις χρόνιες ασθένειες, αναπηρίες και τη διαχείριση του πόνου που οι Αμερικανοί είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν στο τέλος της μεγαλύτερης διάρκειας της ζωής τους. Λόγω εν μέρει

της προόδου στην υγειονομική περίθαλψη, πολλές ασθένειες που κάποτε οδηγούσαν σε ταχεία πτώση και σύντομες τροχιές ασθενειών, είναι πλέον χρόνιες ασθένειες με μεγαλύτερη διάρκεια στα τελευταία χρόνια της ζωής.

Οι συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές θεραπείες έχουν δείξει ότι αυξάνουν την ευκολία, ανακουφίζουν τον πόνο και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής στα πλαίσια της παρηγορητικής φροντίδας σε άτομα με χρόνιες ασθένειες στο τέλος της ζωής τους. Η χρόνια ασθένεια συνοδεύεται συχνά από πόνο. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στα μεταγενέστερα στάδια της χρόνιας ασθένειας ή στο τέλος της ζωής, όταν ο πόνος και η ταλαιπωρία μπορούν να γίνουν πιο έντονα. Οι υπηρεσίες «hospices», όταν είναι διαθέσιμες, παρέχουν κάποια ανακούφιση από τον πόνο και την ταλαιπωρία των ανθρώπων στο τέλος της ζωής τους. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το προσωπικό του νοσοκομείου σηματοδοτούν τη διαφορά μεταξύ της ευκολίας και της «δυσλειτουργίας» σε αυτή τη στιγμή της ζωής. Οι παραδοσιακές παρεμβάσεις ανακούφισης πόνου είναι διαθέσιμες σχεδόν σε κάθε περίπτωση. Η ανακούφιση του πόνου για τους ασθενείς των νοσοκομείων χαρακτηρίζεται ως η υψηλότερη προτεραιότητά τους. Ενδεικτικό της αύξησης της χρήσης των εναλλακτικών ή/και συμπληρωματικών θεραπειών στην παρηγορητική φροντίδα, οι οποίες είναι διαθέσιμες στις Ηνωμένες Πολιτείες από τη δεκαετία του '70, είναι ότι χορηγήθηκαν σε ενάμιση εκατομμύρια Αμερικανούς οι οποίοι πέθαναν το 2005. Αυτό αντιπροσωπεύει αύξηση της τάξης των 500.000 ασθενών από το έτος 2000. Η πλειονότητα των εναλλακτικών θεραπειών που χρησιμοποιήθηκαν σε δομές hospices, εφαρμόστηκαν σε ηλικιωμένους με διάγνωση καρκίνου (46%), καρδιακών παθήσεων (12%), άνοιας (9,8%), και αναπνευστικής νόσου (7,5%). Η πρωτοβάθμια υπηρεσία που παρέχεται από τις υπηρεσίες hospices για αυτούς τους ασθενείς ήταν ο έλεγχος του πόνου, σωματικού, πνευματικού, και ψυχικού. Σύμφωνα με πρόσφατο έγγραφο του υπουργείου Υγείας «οι στόχοι της περίθαλψης είναι να παρέχεται μια καλή ποιότητα ζωής στον ασθενή και στην οικογένειά του και υποστήριξη, ώστε να αντιμετωπίσουν τον επερχόμενο θάνατο(Dimaio,2010). Ο έλεγχος του πόνου - φυσικός, ψυχικός, κοινωνικός και πνευματικός είναι ιδιαίτερος σημαντική πρόνοια σε αυτό το πλαίσιο. Ένας «καλός θάνατος» θεωρείται ότι είναι ένας ελεύθερος από σωματικό πόνο ή άλλα δυσάρεστα συμπτώματα θάνατος και, στο μέτρο του δυνατού, απαλλαγή του ασθενούς από δυσφορία στις ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις του.

Οι καταναλωτές υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ζητούν όλο και περισσότερο παρεμβάσεις διαχείρισης συμπτωμάτων που θεωρούνται «συμπληρωματικές» στις παραδοσιακές ιατρικές παρεμβάσεις. Αυτές οι θεραπείες πιστεύεται ότι αυξάνουν την ευκολία, ανακουφίζουν τον πόνο και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα αυτών των παρεμβατικών εναλλακτικών θεραπειών είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τους ασθενείς που λαμβάνουν υγειονομικές υπηρεσίες στο τέλος της ζωής τους.(Konvicka et al,2008) Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για θεραπείες και υπηρεσίες που βοηθούν στη διαχείριση του πόνου και των συμπτωμάτων στα τελικά στάδια χρόνιων ασθενειών. Αρκετές μελέτες αναφέρονται συχνά σε εθνικές έρευνες αναφορικά με τον αριθμό των ατόμων που στρέφονται σε συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες. Επίσης μεγάλος αριθμός μελετών έχουν τεκμηριώσει τη χρήση αυτών των θεραπειών για ποικίλα συμπτώματα ή λόγους. Για παράδειγμα, το 2004, ο Demmer ανέφερε ότι πάνω από το ήμισυ των οργανισμών που ασχολούνταν με την έρευνα σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες χρησιμοποιούν κάποια μορφή συμπληρωματικής ή/και εναλλακτικής θεραπείας για τους ασθενείς τους. Δήλωσε επίσης ότι «υπάρχουν ενθαρρυντικές ενδείξεις ότι οι συμπληρωματικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται ως βοηθητικές στις τακτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τον πόνο και να βελτιώσουν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα καθώς και τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών στα νοσοκομεία». Το 2004, η Ένωση Νοσηλευτών και Παρηγορητικών Νοσηλευτών συνέταξε ένα έγγραφο σχετικά με τον πόνο τον οποίο τον αναφέρει "ως ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα των ανθρώπων στο τέλος της ζωής. Πιστεύεται ότι ο πόνος μπορεί στην πραγματικότητα να επιταχύνει το θάνατο αυξάνοντας το φυσιολογικό στρες, μειώνοντας την κινητικότητα και συμβάλλοντας στην πνευμονία και τη θρομβοεμβολή. Ο πόνος μπορεί να εξαντλήσει την ενέργεια αυτών που πεθαίνουν και να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα απομόνωσης, ανικανότητας και απελπισίας στις οικογένειες και τους φροντιστές τους. Μάλιστα η απομόνωση έχει αναγνωριστεί από καιρό ως παράγοντας άγχους για πολλά άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές.

3.2 ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ Ή/ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

3.2.1 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

3.2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

«Βελονισμός είναι η θεραπεία λειτουργικών ανατάξιμων παθήσεων με την εισαγωγή βελόνων από ατσάλι, χρυσό ή ασήμι σε συγκεκριμένα σημεία του δέρματος που καλούνται βελονιστικά. Αποτελεί μία από τις αρχαιότερες επεμβατικές θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στον πλανήτη (Giavasopoulos, 2017).» Ο βελονισμός είναι μέρος της πρακτικής της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής, η οποία είναι η πιο ανθεκτική, στο πέρασμα του χρόνου, θεραπευτική παράδοση. Οι αρχές της περιγράφηκαν επίσημα το 200 π.Χ. στο κείμενο *Nei Jing* που πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει το αποκορύφωμα τουλάχιστον 2000 ετών κλινικής εμπειρίας στη θεραπεία της ανθρώπινης ασθένειας (Dorsher, 2011). Η θεωρία και η πρακτική του βελονισμού συνέχισαν να εξελίσσονται έκτοτε με βάση την περαιτέρω κλινική εμπειρία καθώς και την εφαρμογή νέων υλικών και τεχνολογιών, όπως βελτιωμένη μεταλλουργία στην κατασκευή βελόνων και χρήση ηλεκτρισμού για την τόνωση των βελόνων βελονισμού (Elder, Ritenbaugh et al., 2012).

Παρόλο που η Ολλανδική-Ανατολική Ινδική Εταιρεία Εμπορίου και οι Ιησουίτες ιεραπόστολοι έφεραν την παράδοση του βελονισμού στην Ευρώπη ήδη από το 1600, δεν ήταν γνωστή στη Βόρεια Αμερική μέχρι τη διπλωματία «Ping-Pong» της κυβέρνησης Νίξον τη δεκαετία του 1970, όταν ο δημοσιογράφος Τζέιμς Ο' Ρέστον ανέφερε τα αξιοσημείωτα αποτελέσματά της στην ανακούφιση του μετεγχειρητικού πόνου του, όταν είχε υποβληθεί σε αναδυόμενη σκωληκοειδεκτομή στην Κίνα (McKee, Kligler et al., 2013). Ο βελονισμός είναι πιθανώς πιο γνωστός για τη χρήση του στη θεραπεία καταστάσεων πόνου στη Δύση, αλλά μόνο περίπου το 30% της σχετικής βιβλιογραφίας αφορά στη χρήση του για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Η συντριπτική πλειοψηφία της βιβλιογραφίας για το βελονισμό αντικατοπτρίζει τη χρήση του σε άλλες διαταραχές της υγείας: από το άσθμα και τον καρκίνο έως τη δερματίτιδα, την ψύχωση και την ξηροστομία (Dale&Stacey, 2016; Cantwell, 2010). Κρατάμε, ωστόσο, την περίπτωση του καρκίνου ως άμεσα σχετιζόμενη με το θέμα

της παρούσας περιγραφικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης στο μέτρο και τον βαθμό που αφορά σε συνθήκη χρόνιου πόνου.

Το 1600, οι Ιησουίτες ιεραπόστολοι επινόησαν τον όρο βελονισμός από το Latin Acus (βελόνα) και το punctura (παρακέντηση) με βάση τις παρατηρήσεις τους σχετικά με αυτήν την θεραπευτική παράδοση που χρησιμοποιείται στην Κίνα. Ο όρος βελονισμός περιγράφει μια ομάδα διαδικασιών που διεγείρουν ακριβείς ανατομικές τοποθεσίες με μια ποικιλία τεχνικών για την παραγωγή κλινικών επιδράσεων (Manrommatis, Argyra, Vadalouka & Vasilakos, 2012). Το στυλ του βελονισμού που περιγράφεται ως συμπληρωματική μέθοδος διαχείρισης πόνου θα εξεταστεί στη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αλλά τον 20ο αιώνα έχουν περιγραφεί και πολλά άλλα στυλ βελονισμού, όπως ο αυχενικός βελονισμός Nogier, ο βελονισμός χειρός Koryo, ο βελονισμός του τριχωτού της κεφαλής Yamamoto και ο κοιλιακός βελονισμός Po (Abu-SaadHuijer, 2010). Τα σημεία βελονισμού μπορούν να διεγερθούν από την επιφανειακή πίεση (βελονισμός), την εισαγωγή βελόνας χωρίς χειρισμό, την εισαγωγή βελόνας με χειρισμό (συστροφή ή/και ώθηση της βελόνας), θέρμανση βελόνων βελονισμού μέσω ακτινοβολημένης θερμότητας ή μοριακής καύσης, ηλεκτρική διέγερση εισαγόμενων βελόνων ή διέγερση λέιζερ σημείων βελονισμού ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασκούμενου ή/και τα επιθυμητά αποτελέσματα θεραπείας (Takai, Yamamoto-Mitani, Abe&Suzuki, 2015).

3.2.1.2 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Οι βελόνες τοποθετούνται επιφανειακά στο δέρμα. Βασίζεται στην έννοια της ενέργειας (Chi) η οποία ρέει σε δύο ανταγωνιστικές μορφές, του YANG (αδρενεργός ή υπερλειτουργία) και του YIN (χολινεργική ή υπολειτουργία) δια μέσου ορισμένων οδών. Αυτές οι οδοί ονομάζονται μεσημβρινοί και είναι δώδεκα (12), ακριβώς ίδιες αριστερά και δεξιά στο σώμα.

Στον βελονισμό ο πόνος προκύπτει, όταν διακόπτεται η φυσιολογική κυκλική ροή αίματος σε μεσημβρινό. Ο πόνος μπορεί να γίνει αισθητός τοπικά ή κατά μήκος του μεσημβρινού. Ο βελονιστής τοποθετεί βελόνες όχι μόνο στην τοπική περιοχή του πόνου, όπου υπάρχει τρυφερότητα, αλλά και σε απομακρυσμένα σημεία στον εμπλεκόμενο μεσημβρινό που διασχίζει την τοπική περιοχή πόνου, για να προσπαθήσει να αποκαταστήσει την κανονική κυκλοφορία του αίματος στον

μεσημβρινό (MacPherson, Vertosick et al., 2017). Αυτά τα απομακρυσμένα σημεία βελονισμού που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του πόνου βρίσκονται στο κάτω μέρος από τις αρθρώσεις του αγκώνα ή του γόνατος. Αυτή η διέγερση των σημείων που βρίσκονται μακριά από τη θέση του πόνου για τη βελτίωση του πόνου είναι ίσως η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των ανατολικών και δυτικών προσεγγίσεων για τη θεραπεία του πόνου (Schopflocher, Taenzer & Jovey, 2011).

Το Εγχειρίδιο TriggerPoint, ωστόσο, δίνει σύγχρονα παραδείγματα μακρινών μυοφραστικών σημείων ενεργοποίησης που μπορούν να αντιμετωπιστούν για τη μείωση του πόνου σε απομακρυσμένες ανατομικές περιοχές (MacPherson, Vertosick et al., 2014). Λόγου χάρη, υπάρχει ένα σημείο σκανδάλης στον μυ του πέλματος που προκαλεί μόνο μακρινό πόνο στην οσφυϊκή περιοχή και ένα άλλο στον ίδιο μυ που σχετίζεται με ομόπλευρο πόνο στα μάγουλα (Hopton & MacPherson, 2010).

Τα σημεία του βελονισμού έχουν ελαττωμένη περιφερική αντίσταση από το γύρω περιβάλλον. Ο Kellner απέδειξε σε 12000 ιστολογικές τομές σε σημεία βελονισμού και μη βελονισμού, ότι στα σημεία βελονισμού υπήρχαν σε μεγάλο βαθμό υποδοχείς (σωμάτια Meissner, Krause) με διαφορά ποιοτική κυρίως από σημείο σε σημείο και λιγότερο ποσοτική. Δυτικοί επιστήμονες έχουν αποδείξει ότι με το βελονισμό παράγονται ενδορφίνες σε αυξημένες ποσότητες, που με τη σειρά τους αποκλείουν ορισμένους υποδοχείς στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην πονά. Παλιά θεωρείτο προληπτική θεραπεία και στην παλιά Κίνα οι γιατροί πληρώνονταν μονάχα για όσο καιρό οι ασθενείς ήταν υγείς. Ο βελονισμός δεν εφαρμόζεται σε περιπτώσεις μολυσματικών ασθενειών, αφροδίσιων νοσημάτων, φυματίωσης και σε ψυχιατρικής φύσης περιστατικά. Έχει δώσει και ικανοποιητικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση οσφυαλγιών, ισχιαλγιών, διάφορων νευραλγιών και κεφαλαλγιών.

3.2.2 Η ΚΑΝΝΑΒΗ

3.2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Δεν υπάρχει συμφωνημένος ορισμός για τη φαρμακευτική κάνναβη. Ο όρος χρησιμοποιείται με αναφορά στη θεραπευτική χρήση της φυτικής κάνναβης και των συστατικών της. Το Nabiximols είναι η μόνη ιατρική κάνναβη που περιλαμβάνεται

στο Αυστραλιανό Μητρώο Θεραπευτικών Προϊόντων (ΑΜΘΠ). Είναι ένας συνδυασμός κανναβιδιόλης και THC σε ένα σπρέι, που ενδείκνυται για χαλάρωση των μυών κατά της σπαστικότητας στη σκλήρυνση κατά πλάκας (Lucas, 2012; Carter, Javaher et al., 2015).

Το Nabiximols διατίθεται επίσης στο εξωτερικό μαζί με άλλα προϊόντα κάνναβης, όπως:

- nabilone - ένα συνθετικό παράγωγο του THC
- dronabinol - συνθετικό THC
- κανναβιδιόλη
- εκχύλισμα κάνναβης για λήψη δια του στόματος
- φυτική κάνναβη με καθορισμένες ποσότητες κανναβιδιόλης και THC

άναρχη κάνναβη (Häuser, Petzke & Fitzcharles, 2018).

3.2.2.2 ΕΙΔΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

- Cannabis Indica (: Ινδική Κάνναβη)
- Cannabis Sativa
- Cannabis Ruderalis

Τα παραπάνω είδη κάνναβης μοιάζουν μεταξύ τους μορφολογικά, αλλά διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την περιεκτικότητα σε ορισμένα συστατικά και κυρίως στην τετραϋδροκανναβινόλη. Η ινδική κάνναβη περιέχει περισσότερη τετραϋδροκανναβινόλη και για αυτό χρησιμοποιείται για ιατρική χρήση και στην παρασκευή φαρμάκων.

3.2.2.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κάνναβη χρησιμοποιήθηκε ως φάρμακο για πρώτη φορά στην Ασία. Υπάρχουν ενδείξεις για την χρήση της στην Κίνα το 4000 π.Χ. στην κατασκευή υφασμάτων, χαρτιού, χορδών. Στην πρώτη χριστιανική περίοδο χρησιμοποιήθηκε από κινέζο χειρουργό για αναισθησία πριν το χειρουργείο. Στο Θιβέτ υπήρχε εκτεταμένη χρήση της, όπως επίσης και στην Περσία. Στην αρχαία Ελλάδα, όπως φαίνεται από αρχαιολογικά ευρήματα, την χρησιμοποιούσαν σε τελετές. Οι μεθυστικές ιδιότητες, επομένως, της κάνναβης αναγνωρίζονται εδώ και χιλιετίες. Το κύριο ψυχοδραστικό συστατικό της είναι η Δ-9-τετραϋδροκανναβινόλη (THC), ενώ η μη ψυχοδραστική

κανναβιδιόλη είναι ένα άλλο σημαντικό συστατικό. Ο χαρακτηρισμός αυτών και άλλων παραγώγων, καθώς και των υποδοχέων με τους οποίους αλληλεπιδρούν, έχει αυξήσει την κατανόησή μας για το ενδοκανναβινοειδές σύστημα (Boehnke, Litinas & Clauw, 2016).

3.2.2.4 ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

- CB1 βρίσκονται σε αδένες, συνδετικό ιστό, νεύρα, καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό. Συμβάλλει στην αναστολή απελευθέρωσης νευροδιαβιβαστών.
- CB2 βρίσκεται στο ανοσοποιητικό σύστημα και σε όλο το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Μάλλον αποτελεί μέρος ενός γενικότερου συστήματος προστασίας. Όταν ενεργοποιείται προκαλεί ανοσοκαταστολή και περιορισμό φλεγμονών.

3.2.2.5 ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

- THC πιο ψυχοδραστική,
- CBD μη ψυχοδραστική και εξουδετερώνει μέρος της ψυχοτρόπου δράσης της TH.

Η λήψη μπορεί να γίνει με μορφή εισπνεόμενη, ενέσιμη, στοματική τοπική (αλοιφές). Κυκλοφορούν στο εμπόριο ως έλαιο κανναβιδιόλης σε τσίχλα σε σταγόνες σε κρέμα σε υπόθετα.

Τα πιο μελετημένα κανναβινοειδή είναι το THC και η κανναβιδιόλη. Το THC είναι το σημαντικότερο ψυχοδραστικό συστατικό της κάνναβης που δρα ως μερικός αγωνιστής στους CB1 και CB2 υποδοχείς. Η κανναβιδιόλη δεν είναι ψυχοδραστική και είναι ανταγωνιστής στα CB1 και CB2. Δρα σε πολλούς άλλους υποδοχείς και μπορεί να είναι αγωνιστής σε ορισμένα συστήματα. Η κανναβιδιόλη μειώνει την ψυχοδραστική δράση του THC, βελτιώνοντας την ανεκτικότητά του και, ίσως επίσης, την ασφάλειά του, μειώνοντας την πιθανότητα ανεπιθύμητων ψυχιατρικών επιδράσεων. Η κάνναβη περιέχει επίσης άλλα λιγότερο καλά χαρακτηρισμένα φυτοκανναβινοειδή. Οι μεταβολίτες των μητρικών ενώσεων μπορεί επίσης να έχουν δραστηριότητα (Vigil, Stith, Adams & Reeve, 2017).

3.2.3 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μουσική είναι μια εμπειρία συναισθηματική που είναι συνυφασμένη με διάφορες εκδηλώσεις της ανθρώπινης καθημερινότητας και αντανakλά την ψυχολογική κατάσταση και διάθεση του ατόμου που την ακούει. Στην ιατρική χρησιμοποιείται για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και κυκλοφορίας του αίματος, συμβάλλει στη μείωση των φαρμάκων και χαλαρώνει το νευρομυϊκό σύστημα. Αυτά τα αποτελέσματα όμως είναι πρόσκαιρα και όχι ουσιαστικά, μόνο η μουσικοθεραπεία προσφέρει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Zografakis-Sfakianakis et al., 2017, Ware, Wang et al., 2017).

Στα πλαίσια της μουσικοθεραπευτικής προσέγγισης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δημιουργία μουσικοθεραπευτικής σχέσης με τον ειδικό και σε σαφές επιστημονικό πλαίσιο. Η εν λόγω επιστήμη έχει ως αντικείμενο την επίδραση της μουσικής στον εγκέφαλο και το ανθρώπινο σώμα. Συνήθως δανείζεται μεθόδους και τεχνικές από την κλινική ψυχολογία. Στόχος της είναι η αντιμετώπιση του πόνου και του ψυχοσωματικού στρες, ενώ τη συναντάμε, συνήθως, σε μονάδες πρόωρων νεογνών, σε αίθουσες τοκετού, σε μονάδες εντατικής θεραπείας και σε θεραπείες καρκινοπαθών. (Mofredj et al, 2016)

3.2.3.1 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ο συνδυασμός μουσικής ή ρυθμικής μελωδικής ομιλίας με ιατρικές θεραπείες έχει μακρά ιστορία και έχει χρησιμοποιηθεί συχνά για την προώθηση και τη διατήρηση της υγείας καθώς και για την ανακούφιση του πόνου. Ιστορικά, η μουσική έχει χρησιμοποιηθεί συνήθως σε παραδοσιακές θεραπείες, για να θεραπεύσει και να οχυρώσει την ψυχή. Οι μουσικοί απασχολούνταν από τους Ρωμαίους και τους αρχαίους Έλληνες, όταν έκαναν θεραπευτικές επιθεωρήσεις, τελετουργικό καθαρμό ή προσεγγίσεις θεραπείας ανάπαυσης. Σε αυτές τις πρακτικές είναι προφανής η δύναμη της μουσικής να καταπραΰνει και να ευνοεί τη συναισθηματική διέγερση, γεγονός που αναγνωριζόταν ευρέως και γινόταν σεβαστό σε αυτούς τους πολιτισμούς. Η σύγχρονη ιατρική πρακτική, όπως επίσης και ένας αυξανόμενος αριθμός σύγχρονων νευροεπιστημόνων, είναι σε γνώση τέτοιων συμπληρωματικών ή/και εναλλακτικών προσεγγίσεων για την προώθηση της επούλωσης και της ανακούφισης από τον χρόνιο πόνο (Bradt, Norris et al., 2016).

3.2.3.2 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Η διεθνής ένωση για την Μουσικοθεραπεία την ορίζει ως «την ειδική εφαρμογή της μουσικής στην υπηρεσία των ατόμων με ανάγκες στην πνευματική και σωματική υγεία, την αποκατάσταση ή την ειδική αγωγή». Η Αμερικανική Ένωση Μουσικοθεραπείας (AMTA) δίνει τον ορισμό της ως εξής: «κλινική και τεκμηριωμένη χρήση μουσικών παρεμβάσεων για να επιτευχθούν ατομικοί στόχοι μέσα από μία θεραπευτική σχέση από έναν επαγγελματία που έχει ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα μουσικοθεραπείας αναγνωρισμένο» (Ιναγιάτ Χ., 1992). Σύμφωνα με άλλους επιστήμονες, «Μουσικοθεραπεία είναι η κλινική και βασισμένη στην έρευνα χρήση των μουσικών παρεμβάσεων για την επίτευξη εξατομικευμένων στόχων. Η έρευνα στη μουσικοθεραπεία υποστηρίζει την αποτελεσματικότητά της σε μία ευρεία ποικιλία από υγειονομικά και εκπαιδευτικά περιβάλλοντα» (Zografakis-Sfakianakis, Ware, Wang et al., 2017).

3.2.3.3 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι τεχνικές μουσικοθεραπείας περιλαμβάνουν σύνθεση στίχων, αυτοσχεδιασμό μουσικής από τους ασθενείς, θεραπευτικά μουσικά μαθήματα, το τραγούδι, εικόνες συνοδευόμενες από τραγούδια και ακρόαση μουσικής. Η μουσικοθεραπεία αποτελείται από δύο συνθετικά μέρη: 1^ο τη μουσική και 2^ο τη θεραπεία. Το πρώτο συνθετικό της αφορά τα ηχητικά ερεθίσματα που λαμβάνει ο ασθενής, ενώ το δεύτερο αναφέρεται στην πλήρη ίαση και αποκατάσταση του οργανισμού, μετά από μία περίοδο ασθένειας. (Mofredj et al ,2016)

Οι ιατρικές ειδικότητες στις οποίες επίσημα εφαρμόζεται η μουσικοθεραπεία ως συμπληρωματική μορφή θεραπευτικής αγωγής (complementary treatment) είναι οι εξής: Νεογνολογία, Παιδιατρική, Αποκατάσταση, Γενική Ιατρική, Ραδιοθεραπεία, Πνευμονολογία, Χειρουργική, Αναισθησιολογία, Κλινικές Πόνου, Εντατική Θεραπεία, Καρδιολογία, Μαιευτική, Γυναικολογία, Οδοντιατρική, Ογκολογία, Ενδοκρινολογία, Προληπτική Ιατρική. Οι κυριότεροι στόχοι και εφαρμογές της μουσικοθεραπείας αφορούν: στην ιατρική αντιμετώπιση του πόνου, γενικά, και του χρόνιου πόνου, ειδικότερα, στην αντιμετώπιση του ψυχοσωματικού στρες, στον Τοκετό, σε Μονάδες Νεογνών & Προώρων βρεφών, στη μετεγχειρητική ανάρρωση, στην ανακουφιστική θεραπεία καρκινοπαθών, σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

καρδιοπαθών, στην Αντιμετώπιση καταθλιπτικών ασθενών, στη βελτίωση της επικοινωνίας ψυχιατρικών ασθενών, στην αύξηση της αισιόδοξης στάσης και της θετικής σκέψης, στην ενίσχυση του ανοσοβιολογικού συστήματος.(Botulinum and Study , 2014)

Το κυρίαρχο και σημαντικότερο σύμπτωμα των περισσότερων ογκολογικών ασθενών είναι ο πόνος, κυρίως ο χρόνιος, ο οποίος δεν υποχωρεί με φαρμακευτική αγωγή, με αποτέλεσμα την εισαγωγή συμπληρωματικών μεθόδων θεραπείας παράλληλα με τις κλασικές θεραπείες (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία). Οι συμπληρωματικές μέθοδοι θεραπείας είναι μη επεμβατικές, μη τοξικές (σε αντίθεση με τα φάρμακα), οικονομικά συμφέρουσες, ασφαλείς και μπορούν να εφαρμοστούν εύκολα από τους ίδιους τους ασθενείς. Στα σύγχρονα ογκολογικά κέντρα η μουσική εφαρμόζεται περισσότερο και εστιάζει στην αντιμετώπιση του πόνου, ενώ χρησιμεύει επίσης και στα πλαίσια της παρηγορητικής φροντίδας (Li XM, Yan H. Et al., 2011). Αποσκοπεί στην προαγωγή της πνευματικής, ψυχικής, σωματικής ευημερίας των ασθενών, στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους, τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων (άγχους, αδυναμίας, θυμού, άρνησης, κατάθλιψης) και στην αύξηση των θετικών συναισθημάτων τους, όπως την ενίσχυση θάρρους. Οι ογκολογικοί ασθενείς που συμμετείχαν σε ομάδες μουσικοθεραπείας εμφάνιζαν, σύμφωνα με την κλίμακα αξιολόγησης πόνου (0-10), κατά 1.5 μονάδα λιγότερο πόνο. Μετά από 30' ακρόασης μουσικής το 65% των ασθενών ανέφεραν πως χρησιμοποιούσαν τη μουσική για χαλάρωση, καθώς και για απόσπαση της προσοχής τους από τον πόνο.

3.2.4 Η ΥΠΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΦΑΝΤΑΣΙΩΣΗ Ή ΑΛΛΙΩΣ ΑΥΤΟΪΠΝΩΣΗ

3.2.4.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

Οι ορισμοί που έχουν δοθεί στην εναλλακτική ή/και συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση της «ύπνωσης» και της «αυτοϋπνωσης» ποικίλλουν. Για τις ανάγκες, ωστόσο, της παρούσας εργασίας θα κάνουμε, αρχικά, χρήση των ακόλουθων ορισμών, αντίστοιχα, τους οποίους ακολούθως θα εξειδικεύσουμε:

«Υπνωση» από το ένα μέρος, «είναι μία αλλαγμένη κατάσταση της συνείδησης ή μία κατάσταση εστιασμένης προσοχής σε ένα λεκτικό ερέθισμα που εισηγείται ο θεραπευτής (ετερο-ύπνωση) ή το ίδιο το υποκείμενο (αυτούπνωση)» (Ardigo, Herrmann et al., 2016).

Από το άλλο μέρος, «η κατευθυνόμενη φαντασίωση» ή «αυτούπνωση», όπως αλλιώς αποκαλείται, αφορά στην ενεργό εμπλοκή-δέσμευση του ασθενούς στη δημιουργία μιας φαντασιακής συνθήκης και χαλάρωσης. «Η πρακτική της αυτούπνωσης έχει αποδειχθεί σε μελέτες ότι είναι ένα σημαντικό στοιχείο στο μακροχρόνιο έλεγχο του χρόνιου πόνου. Η αυτούπνωση μπορεί να διδαχθεί στον ασθενή ως ένα εργαλείο τροποποίησης της συμπεριφοράς σχετικά με την κατανόηση των αντιλήψεων. Του επιτρέπει να λαμβάνει ενεργό ρόλο στη διαχείριση του δικού του πόνου αξιοποιώντας προσωπικούς πόρους και εμπειρίες» (Ardigo, Herrmann et al., 2016).

Παρά την ύπαρξη της πολλά υποσχόμενης θεραπείας που παρέχει η ύπνωση, η γενική αποδοχή και η έρευνα, ωστόσο, για την ύπνωση ή/και αυτούπνωση εξακολουθεί να είναι περιορισμένη. Αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού της ύπνωσης (Dillworth, Mendoza & Jensen, 2012). Η ύπνωση ενσωματώνει έναν αριθμό συστατικών, όπως η χαλάρωση, η εστιασμένη προσοχή, οι εικόνες, η διαπροσωπική επεξεργασία και η πρόταση. Εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές στην γνώμη των εμπειρογνομόνων σχετικά με το ποια από αυτά τα στοιχεία αντιπροσωπεύουν τα βασικά συστατικά της ύπνωσης, καθιστώντας δύσκολο τον προσδιορισμό εάν μια συγκεκριμένη θεραπεία πρέπει να ταξινομηθεί ως ύπνωση ή μη. Παρά την έλλειψη συναίνεσης, πιστεύουμε ότι είναι σημαντικό για τους ιατρούς και τους ερευνητές να προσδιορίσουν τον ορισμό και τις προϋποθέσεις με βάση τα οποία τη χρησιμοποιούν στη θεραπευτική τους προσέγγιση. Ο προτιμώμενος ορισμός, ωστόσο, για τις ανάγκες της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, είναι αυτός που προτάθηκε από τον Kihlstrom (1985), σύμφωνα με τον οποίο μια κοινωνική αλληλεπίδραση στην οποία ένα άτομο, που ορίζει το θέμα, ανταποκρίνεται σε προτάσεις οι οποίες προσφέρονται από άλλο άτομο, που ορίζεται ως υπνωτιστής, για εμπειρίες που περιλαμβάνουν αλλαγές στην αντίληψη, τη μνήμη και την εθελοντική δράση (Jensen, Day&Miró, 2014).

3.2.4.2 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΥΠΝΩΣΗΣ-ΑΥΤΟΫΠΝΩΣΗΣ

Η ύπνωση έχει χρησιμοποιηθεί εδώ και αιώνες και σε διάφορες κουλτούρες για τη θεραπεία κάθε τύπου κατάστασης πόνου που μπορεί να φανταστεί κανείς (Lee & Pyun, 2012). Πολύ πριν την ανακάλυψη παυσίπονων και αναισθητικών, η υπνοθεραπεία είχε χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την εξάλειψη του πόνου και τη διεξαγωγή σοβαρών χειρουργικών επεμβάσεων. Η ύπνωση είναι μια τεχνική που βοηθά τον ασθενή να φτάσει σε μια εστιασμένη κατάσταση - όπως και να απορροφηθεί από ένα βιβλίο. Ένας θεραπευτής καθοδηγεί τον ασθενή να μπει σε μία υπνωτική "έκσταση", παρόμοια με την ονειροπόληση, όπου ο ασθενής επικεντρώνεται στα αξιοθέατα, τους ήχους και τις αισθήσεις που θέλει να βιώσει. Η όλη διαδικασία περιλαμβάνει χαλάρωση, συγκέντρωση και προθυμία για βοήθεια. Παρά τη δημοφιλή πεποίθηση, ένας υπνοθεραπευτής δεν μπορεί να υποχρεώσει τον θεραπευόμενο να κάνει κάτι που δεν θα συμφωνούσε να κάνει συνειδητά. Στη δεκαετία του 1840, ο σκωτσέζος χειρουργός, ο Δρ. James Esdaile ερευνήσε την ικανότητα της ύπνωσης να εξαλείψει τον πόνο. Υπάρχουν ιστορικές καταγραφές ότι έκανε χιλιάδες χειρουργικές επεμβάσεις στην Ινδία, χρησιμοποιώντας την ύπνωση για να προκαλέσει σωματική αναισθησία. Οι ασθενείς δεν παρουσίασαν κανένα πόνο στις χειρουργικές επεμβάσεις που κυμαινόταν από μεγάλες ιατρικές διαδικασίες μέχρι επεμβάσεις ρουτίνας.

Αυτό που είναι καινούργιο για την υπνωτική αναλγησία είναι τα συναρπαστικά εμπειρικά στοιχεία που έχουν εμφανιστεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες σχετικά με την αποτελεσματικότητά της και τις μηχανιστικές βάσεις (Brugnoli, Pesce et al., 2018). Μεγάλο μέρος της προηγούμενης έρευνας που μελετούσε την υπνωτική αναλγησία επικεντρώθηκε στον οξύ πόνο που προκλήθηκε σε εργαστηριακά περιβάλλοντα ή στον πόνο που σχετίζεται με ιατρικές διαδικασίες. Αυτή η εργασία συνεχίζεται και υπήρξαν επίσης πολλές πρόσφατες καινοτόμες εφαρμογές αυτής της μορφής ύπνωση για τη θεραπεία του οξέος διαδικαστικού πόνου (Kravits, 2013). Άλλες πρόσφατες εξελίξεις στην κατανόηση προήλθαν από μελέτες απεικόνισης που εξετάζουν τις λειτουργίες του εγκεφάλου που σχετίζονται με την ύπνωση και την υπνωτική αναλγησία (Elkins, Johnson & Fisher, 2012). Επιπλέον, υπήρξε μια πρόσφατη και δραματική αύξηση στην έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης για παθήσεις χρόνιου πόνου (Dorfman, George et al., 2013).

Σε ό,τι αφορά, ειδικότερα, στην αυτοϋπνωση ή αλλιώς καθοδηγούμενη φαντασίωση ο ασθενής φαντάζεται κάτι που εμπεριέχει μία ή όλες τις αισθήσεις και συγκεντρώνεται σε αυτή την εικόνα. Είναι αποτελεσματικότερη σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Οδηγίες για επιτυχή καθοδήγηση στη χρήση φαντασίωσης παρέχονται από ειδικούς ως εξής:

- Υποβοήθηση του ασθενούς να αναγνωρίσει το πρόβλημα ή τον στόχο
- Έναρξη της φαντασίωσης μετά από αναπνοές, χαλάρωση ή χορήγηση φαρμάκων
- Υποβοήθηση του ασθενούς να αναπτύξει εσωτερικούς πόρους και εξωτερικές θεραπείες επούλωσης
- Ενθάρρυνση δημιουργίας εικόνων της επιθυμητής κατάστασης ευεξίας στο τέλος κάθε συνεδρίας (Dossey, 1995).

3.2.5 ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΟΝΟΥ

Ο άνθρωπος συμβιώνει με τον πόνο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η αντιμετώπιση του πόνου έχει τη δική της ιστορική πορεία μέσα στους αιώνες και βέβαια ήταν ανάλογη πάντα με τις γνώσεις, τα μέσα, το κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο, τις φιλοσοφικές θέσεις, τις θρησκευτικές προκαταλήψεις. Παλαιότερα ο πόνος, όπως και ο θάνατος, θεωρούνται θεία τιμωρία και οι άνθρωποι έπρεπε να τον υποστούν καρτερικά. Κατά το Μεσαίωνα, όταν οι άνθρωποι υποβάλλονταν σε βάρβαρα βασανιστήρια και η ανθρώπινη ζωή είχε τόσο μικρή αξία, λογικό ήταν να μην υπάρχει κανένα ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση του πόνου. Η έλλειψη γνώσεων και διάφοροι άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είχαν σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση των προσπαθειών για την αντιμετώπιση του πόνου και ιδιαίτερα του χρόνιου πόνου, οι ιδιότητες του οποίου ήταν γνωστές ήδη από την αρχαιότητα, φαίνεται, όμως, ότι δεν χρησιμοποιούνταν, τουλάχιστον συστηματικά, για την ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο, γιατί δεν υπήρχε σταθερό σκεύασμα, οπότε υπήρχε ο κίνδυνος χορήγησης δόσης μικρής, άρα ανεπαρκούς, ή μεγάλης, άρα θανατηφόρας. Στην αρχαία Ελλάδα άσκησε ιδιαίτερη επιρροή και η αρχή του Ιπποκράτη «ωφελείν μη βλάπτειν». Πριν από περίπου διακόσια χρόνια, απομονώθηκε από το όπιο η μορφίνη. Από τότε, υπήρχε πια ένα σταθερό σκεύασμα, ενώ συνεχώς εμφανίζονται νέα αναλγητικά, ναρκωτικά και μη και πάντα αναζητείται το ιδεώδες,

που θα είναι ισχυρό, αβλαβές, χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες και που δε θα προκαλεί εθισμό.(Younger JW, Chu LF,2011)

Όσον αφορά τον χρόνιο αφόρητο πόνο, έγινε γρήγορα αντιληπτό ότι τα φάρμακα έχουν περιορισμένο χρόνο δράσης, προκαλούν ορισμένες ανεπιθύμητες παρενέργειες, π.χ. εθισμό, επηρεάζουν την ψυχοδιανοητική κατάσταση των ασθενών κτλ. Μετά απ' αυτό, έγινε συνείδηση σε όλους ότι έπρεπε να χρησιμοποιηθούν και άλλα μέσα αναχαίτισης του πόνου, μόνα τους ή σε συνδυασμό με τα φάρμακα. Στις μέρες μας, η συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί μέριμνα και καθήκον πρωταρχικής σημασίας της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής, πολλές φορές, μάλιστα, ανεξάρτητο προς την αιτιολογική θεραπεία του νοσήματος που προκαλεί τον πόνο. Πράγματι, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που ο άρρωστος πρέπει να απαλλαγεί από τον πόνο άσχετα με τις άλλες προσπάθειες που γίνονται για την αποθεραπεία του. Αυτό συμβαίνει: 1^{ον}) όταν η αιτιολογική θεραπεία προβλέπεται ότι θα διαρκέσει πέρα από τα σύντομα όρια, μέσα στα οποία θα ήταν ίσως σκόπιμη η αποφυγή λήψης μέτρων για αναλγησία, 2^{ον}) όταν πρόκειται για νόσο που δύσκολα ή καθόλου δεν επηρεάζεται από την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή, 3^{ον}) όταν η νόσος είναι αδιάγνωστη. Τέλος, 4^{ον}) ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να έχουν τα «άτομα με πρόβλημα πόνου», για τα οποία έχουμε ήδη μιλήσει. Αυτά που προαναφέραμε, οδήγησαν στην ανάγκη της δημιουργίας των Ιατρείων Πόνου, η αρχή της λειτουργίας των οποίων έγινε κατά τη δεκαετία του 1960 και που είχαν σαν κυριότερο έργο την εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας με τοπικά αναισθητικά ή και νευρολυτικές ουσίες. Σιγά – σιγά, τα Ιατρεία, αυτά κέντρισαν το ενδιαφέρον των γιατρών των περισσότερων ιατρικών ειδικοτήτων, ιδιαίτερα αυτών που είχαν μεγάλο κλινικό, ερευνητικό και θεραπευτικό ενδιαφέρον για το «φαινόμενο πόνος». Από τότε, η πρόοδος υπήρξε ραγδαία. Βέβαια, οι κλινικές τροποποιούνται, όσον αφορά την οργάνωση και τη γενική φιλοσοφία τους, που, φυσικά, δεν είναι η ίδια για όλα τα μέρη της γης. Οι στόχοι, όμως, είναι κοινοί και μέλημά τους είναι η καταβολή όλο και περισσότερων προσπαθειών για την αντιμετώπιση του χρόνιου ανίατου πόνου ακαθόριστης αιτιολογίας.(Fanelli and Fanelli ,2015)

Οι πάσχοντες αποτελούν σημαντικό μέρος του υλικού των κλινικών πόνου οι οποίες και βοήθησαν πράγματι πάρα πολύ στην αντιμετώπιση του προβλήματος των αρρώστων αυτών. Η αντιμετώπιση των συγκεκριμένων αρρώστων υπόκειται σε κανόνες, όπως είναι οι εξής:

1. Ο γιατρός πρέπει από την αρχή να αναγνωρίσει το πρόβλημα ως αληθινό και υπαρκτό, να δείξει κατανόηση και να δεχτεί το ενδεχόμενο παράτασης του προβλήματος, ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου.
2. Οι προσπάθειες να διακρίνουμε τον πόνο σε πραγματικό ή μη πραγματικό, οργανικό, ψυχογενή ή ψυχοσωματικό αποβαίνουν άκαρπες και σε βάρος των πασχόντων, οι οποίοι προσπαθούν να αποδείξουν την πραγματικότητα του ότι υποφέρουν, ψάχνοντας συνεχώς για περισσότερες συμβουλές και θεραπείες.
3. Ο άρρωστος πρέπει να δεχτεί την άποψη ότι δεν υπάρχει φυσική – τεχνολογική θεραπεία για το πρόβλημα του, ώστε να δεχτεί μία ψυχολογική ή συμπεριφορική εκτίμηση.
4. Ο άρρωστος πρέπει να πεισθεί ότι ο γιατρός αναγνωρίζει σ’ αυτόν το γεγονός ότι υποφέρει, παρά την αδυναμία του να τεκμηριώσει άποψη για τα αίτια που οδήγησαν σ’ αυτό και ότι θα καταβάλει κάθε προσπάθεια για την αναζήτηση του αιτίου του πόνου και της κατάλληλης θεραπείας για τον ασθενή.
5. Σαν καθοδηγητική αρχή πρέπει να υιοθετηθεί το “primum non nocere” (πρώτα να μη βλάψουμε) και να τεθούν ρεαλιστικοί θεραπευτικοί στόχοι.
6. Η προσοχή του γιατρού πρέπει να εστιαστεί πάνω στη συνολική δραστηριότητα του αρρώστου και όχι στις αιτιάσεις του για τον πόνο, ενώ παράλληλα, θα πρέπει να επιστρατευθούν τα μέλη της οικογένειας του πάσχοντος, για την αντιμετώπιση του προβλήματος συλλογικά.
7. Τα αναλγητικά φάρμακα πρέπει, αν είναι δυνατό, να αποσυρθούν προοδευτικά, ακόμα και στο σύνολό τους και, ενδεχομένως, να χορηγηθούν άλλα, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου. Παράλληλα, ο άρρωστος θα πρέπει να ενθαρρύνεται συνεχώς και να περιμένει την επιτυχία της λύσης του προβλήματός του. Σε εθισμένους στα ναρκωτικά αναλγητικά φάρμακα ασθενείς πρέπει να γίνει αποτοξίνωση. (Kahan et al, 2011) Τα ψυχοφάρμακα, ιδιαίτερα τα αντικαταθλιπτικά και τα υπνωτικά, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου που είναι μη θεραπεύσιμος, ενώ, αντίθετα, τα αναλγητικά είναι τελείως αναποτελεσματικά.
8. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας των αρρώστων αυτών, ο γιατρός θα πρέπει να είναι σε επιφυλακή και να μην παραμελεί να ενημερώνεται πάνω στην περαιτέρω έρευνα, η οποία μπορεί να βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή, όπως το

να ακολουθήσει φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ψυχοθεραπεία της συμπεριφοράς, τεχνική της βιο-ανάδρασης (bio-feed-back), διαδερμικό νευρικό ερεθισμό, διαδερμικό νευρικό αποκλεισμό, αλλά και οι συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως είναι ο βελονισμός, η κάνναβη, η μουσικοθεραπεία, η ύπνωση ή/και αυτοϋπνωση. Ο τελευταίος μάλιστα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η εφαρμογή του βασίστηκε στο ότι βιοχημικές μελέτες έδειξαν πως ασθενείς με χρόνια ανίατο καλοήγη πόνο υπολείπονται σε ενδορφίνες και συχνά σε SHT. Η έλλειψη αυτή μπορεί να είναι ιδιοπαθής ή να προκαλείται από την εξάντληση των ουσιών αυτών. Τέτοιοι άρρωστοι φαίνεται ότι έχουν θεραπευτικό όφελος από τον διαδερμικό ερεθισμό νευρών, μια μέθοδο που ενεργοποιεί τις ενδορφινικές οδούς.

9. Σε χειρουργικές μεθόδους αντιμετώπισης του προβλήματος θα πρέπει να καταφεύγουμε πάντα με επιφύλαξη και μόνο όταν όλα τα άλλα θεραπευτικά μέσα που εφαρμόστηκαν έχουν αποτύχει. (Wirth, Hudgim ,2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ

“Ο χρόνιος πόνος, συχνά οριζόμενος ως πόνος που διαρκεί περισσότερο από τρεις (3) μήνες ή αυτός που υπερβαίνει τον φυσιολογικό χρόνο επούλωσης των ιστών, μπορεί να οδηγήσει σε αξιοσημείωτες ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες, προβλήματα σχέσεων, απώλεια παραγωγικότητας και αυξημένο κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης” (Hilton L, Hempel S et al., 2017). Αδιαμφισβήτητα, η συμβατική θεραπεία του χρόνιου πόνου έχει αποδειχθεί, διαχρονικά, από πολλές απόψεις και σε πολλές περιπτώσεις ασθενών, ως αναποτελεσματική. Αφόρητες παρενέργειες, σοβαροί κίνδυνοι και έλλειψη αποτελεσματικότητας έχουν οδηγήσει πολλούς ασθενείς να αναζητήσουν θεραπείες συμπληρωματικής ή/και εναλλακτικής ιατρικής και στρατηγικές αυτοδιαχείρισης του χρόνιου πόνου, όπως είναι λόγου χάρη ο βελονισμός, η χαλάρωση, η γιόγκα, η θεραπεία μηνυμάτων και η βιοανάδραση. Πρόσφατη ανασκόπηση βιβλιογραφίας πάνω σε τέτοιες θεραπείες κατάφερε να βρει στοιχεία υπέρ της χρήσης της γιόγκα, του «tai chi» και της μουσικοθεραπείας για την αυτοδιαχείριση του πόνου, αλλά δεν μπόρεσε να βρει ποιοτικά στοιχεία που να υποστηρίζουν οποιουσδήποτε άλλους κοινούς τρόπους συμπληρωματικής ή/και εναλλακτικής ιατρικής. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη διαθέσιμων ποιοτικών τυχαιοποιημένων μελετών ελέγχου και όχι επειδή τα στοιχεία δείχνουν ότι αυτές οι προσεγγίσεις είναι αναποτελεσματικές. Το 2014, ο Lee και οι συνάδελφοί του πραγματοποίησαν μια ανασκόπηση εξετάζοντας πολυτροπικές ολοκληρωμένες θεραπείες για τον χρόνιο πόνο και κατέληξαν σε παρόμοιο συμπέρασμα. Δεν υπάρχει, ωστόσο, αρκετή έρευνα υψηλής ποιότητας για να πραγματοποιηθεί μια σύσταση σχετικά με τις πολυτροπικές ολοκληρωμένες θεραπείες για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου (Penney, Ritenbaugh et al., 2015).

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης περιγραφικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι: πρώτον, να αναδείξει, εκ του αποτελέσματος, την επίδραση που έχουν στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, συμπληρωματικά προς την κλασική ιατροφαρμακευτική

προσεγγίση, οι δημοφιλέστερες συμπληρωματικές ή και εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις του βελονισμού, της κάνναβης, της μουσικοθεραπείας, της ύπνωσης και της κατευθυνόμενης φαντασίωσης ή αυτοϋπνωσης και δεύτερον, να αναδείξει τη σημασία της διάχυσης της γνώσης αυτής και της εκπαίδευσης όλων των εμπλεκόμενων υγειονομικών φορέων, καθώς επίσης των ασθενών και των οικείων τους.

4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία περιγραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς Βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Το υλικό της αντλήθηκε από επιλεγμένα κείμενα δημοσιευμένα από το 2015 έως και το 2020, ύστερα από ενδελεχή μελέτη σχετικής βιβλιογραφίας αποτελούμενης από άρθρα, μελέτες, βιβλία, διδακτορικές διατριβές και ανασκοπήσεις. Ως προς τη γλώσσα δημοσίευσης της βιβλιογραφίας τέθηκε περιορισμός και επιλέχθηκαν μόνο όσα ήταν στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα. Οι υπάρχουσες έρευνες, μελέτες και ανασκοπήσεις όσον αφορά στο εξεταζόμενο εδώ θέμα είναι ικανές σε αριθμό, κρίνεται, ωστόσο, σκόπιμο, ακριβώς λόγω της κρισιμότητας της εν λόγω θεματικής, να αυξηθούν σημαντικά στην κατεύθυνση της εξεύρεσης προσφορότερων και αποτελεσματικότερων τρόπων ένταξης των εξεταζόμενων συμπληρωματικών ή/και εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων στα επίσημα ιατρικά και υγειονομικά πρωτόκολλα αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου.

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση θα συμπεριληφθούν ποικίλα ως προς το είδος κείμενα: άρθρα, μελέτες, ερευνητικές μελέτες και συστηματικές ανασκοπήσεις. Βασικό κριτήριο εισαγωγής υπήρξε η αξιοποίηση σε αυτά ενός θεωρητικού πλαισίου τεκμηρίωσης των εξαγόμενων αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων ανάλογου ή συναφούς με το ισχύον εδώ, ενώ κριτήριο αποκλεισμού βιβλιογραφίας αποτέλεσε, κατά κύριο λόγο, η μη ρητή αναφορά και συσχέτιση των επιμέρους συμπληρωματικών ή/και εναλλακτικών θεραπειών με τον χρόνιο πόνο.

4.3 ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ: χρόνιος πόνος, κάνναβη, βελονισμός, μουσικοθεραπεία, ύπνωση, αυτοϋπνωση, [χρόνιος πόνος «ΚΑΙ» βελονισμός], [χρόνιος πόνος «ΚΑΙ» κάνναβη], [χρόνιος πόνος «ΚΑΙ» μουσικοθεραπεία], [χρόνιος πόνος «ΚΑΙ» ύπνωση], [χρόνιος πόνος «ΚΑΙ» αυτοϋπνωση], chronic pain, cannabis,

acupuncture, music therapy, hypnosis, self-hypnosis, [chronic pain «AND» acupuncture], [chronic pain «AND» cannabis], [chronic pain «AND» music therapy], [chronic pain «AND» hypnosis], [chronic pain «AND» self-hypnosis].

4.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ/ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

4.4.1 ΚΥΡΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ (PICO)

Πώς μπορεί να επιτευχθεί, στο συντομότερο δυνατό χρόνο και με τη μεγαλύτερη δυνατή συναίνεση μεταξύ των ειδικών, η ένταξη των πιο διαδεδομένων συμπληρωματικών μεθόδων στα επίσημα θεραπευτικά υγειονομικά πρωτόκολλα που εφαρμόζονται για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι ελλοχεύοντες κίνδυνοι για τους ασθενείς και τους οικείους τους από την έκθεσή τους στην επιρροή μη επαρκώς επιστημονικά εκπαιδευμένων «ειδικών» που επαγγέλλονται τους ειδήμονες επί των συμπληρωματικών ή/και εναλλακτικών θεραπειών, χωρίς στην πραγματικότητα να είναι, παρέχοντας έτσι ψευδεπίγραφα ελπίδα θεραπείας στο χρόνιο πόνο;

4.4.2 ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- Ποια είναι η πιο διαδεδομένη, ποια η πιο αποτελεσματική και ποια η αναδυόμενη συμπληρωματική ή/και εναλλακτική μορφή αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου;
- Ποιο διακριτό θεραπευτικό αποτέλεσμα έχει η καθεμία επάνω στον χρόνιο πόνο ανάλογα με την πάθηση του κάθε ασθενούς;
- Πώς μπορεί να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή ενημέρωση-εξοικείωση τόσο του υγειονομικού προσωπικού όσο και των πολιτών, ασθενών ή μη, με τις εξεταζόμενες εναλλακτικές-συμπληρωματικές στην κλασική ιατρική θεραπείες, ώστε να καταστεί ευχερέστερος ο αρμονικός συνδυασμός τους για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

5.1.1 ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΔΙΩΚΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Με δεδομένο ότι υπάρχουν δύο διαφορετικά είδη βελονισμού: α) ο βελονισμός για αναλγησία (αντιμετώπιση πόνου για βραχύ διάστημα, όπως στις εγχειρήσεις) και β) ο θεραπευτικός βελονισμός για θεραπεία διαφόρων ασθενειών (εδώ συμπεριλαμβάνεται και ο χρόνιος πόνος), οι στόχοι της θεραπείας βελονισμού περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Την ολική ανακούφιση από τον πόνο ή την παροχή της μεγαλύτερης δυνατής ανακούφισης
- Τη μείωση των επιπέδων του πόνου
- Τη βελτίωση της ικανότητας του ασθενή να αντιμετωπίσει τον πόνο
- Τον περιορισμό της τοπικής διόγκωσης του ιστού
- Τη μείωση της εξάπλωσης του αιματώματος
- Την παροχή ψυχολογικής βοήθειας
- Τη ρύθμιση της όρεξης
- Την ενίσχυση της ενέργειας
- Την επάνοδο του/της ασθενούς στις συνηθισμένες του/της λειτουργίες
- Τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του/της ασθενούς
- Την ελαχιστοποίηση των παρενεργειών της αναισθησίας
- Τη μείωση της δοσολογίας των παυσίπονων μετά από επέμβαση ή τη μείωση της εξάρτησης από αυτά
- Την ελαχιστοποίηση της χρήσης των άλλων φαρμάκων που σχετίζονται με τον πόνο και των παρενεργειών τους
- Την τόνωση της ταχείας ανάρρωσης μετά από επέμβαση κ.τ.λ.(Dorsher, 2011)

5.1.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Σε ό,τι αφορά στους μηχανισμούς δράσης και την αποτελεσματικότητα του βελονισμού τα διαθέσιμα από την έρευνα στοιχεία είναι αλληλοσυγκρουόμενα, μολονότι φαίνεται να έχει μια αναλγητική επίδραση στον πόνο γενικά και στον χρόνιο πόνο ειδικότερα. Με δεδομένο ότι αποτελεί μία μη περίπλοκη και, συγκριτικά με άλλες συμβατικές θεραπείες, φθηνή θεραπευτική προσέγγιση, φιλική προς τον ασθενή και με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες δικαιωματικά καταλαμβάνει τη θέση που της αναλογεί πάνω στη θεραπεία του χρόνιου πόνου, πόσο μάλλον των μορφών εκείνων του πόνου, τις οποίες έχουν αποτύχει να ανακουφίσουν άλλες θεραπείες (British Medical Bulletin)

Φαίνεται ότι ο βελονισμός κατακτά συνεχώς έδαφος ως αποδεκτή ιατρική θεραπεία για αναλγησία. «Πρέπει να εφαρμόζεται κατά τακτά διαστήματα, καθώς προσφέρει αναλγησία για ορισμένο χρόνο και σπάνια απαλλάσσει τον ασθενή από τον πόνο για πάντα» (British Medical Bulletin), ωστόσο, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια θεραπευτική-αναλγητική τεχνική και όχι ως «εναλλακτικό σύστημα θεραπείας που απαιτεί μεταφυσικές παραδοχές για την εφαρμογή του. Επιστήμη και μεταφυσική δεν συμβιβάζονται. Καλός βελονιστής είναι ο καλός και κατηρτισμένος γιατρός.

5.2 KANNABH

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ KANNABΗΣ

Η νομιμοποίηση της χρήσης κάνναβης στην Ελλάδα έγινε το 2017 για ιατρικούς λόγους. Μάλιστα το Υπουργείο Υγείας αναφέρει μια σειρά ευεργετικών αποτελεσμάτων της στην αντιμετώπιση πολλών νόσων. Πιο συγκεκριμένα, είναι αποτελεσματική στον πόνο, τη ναυτία και τον έμετο κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας, τη σκλήρυνση κατά πλάκας, και τον νευροπαθητικό πόνο. Επιπλέον, χαρίζει καλύτερη ποιότητα ζωής στους πάσχοντες, βοηθάει στην ευεξία και ρυθμίζει το σωματικό βάρος. Σε μελέτες διαπιστώθηκε ότι η χρήση της ιατρικής κάνναβης από ασθενείς με χρόνια πόνο βοήθησε στη μείωση κατά 64% της χρήσης των οπιοειδών. Τα στοιχεία από μελέτες σε ζώα έχουν υποστηρίξει την επίδραση παραγώγων κάνναβης και ενδοκανναβινοειδών σε οξύ, σπλαχνικό πόνο, καρκίνο, νευροφλεγμονώδεις και νευροεκφυλιστικές διαταραχές, όρεξη και αύξηση βάρους, διαταραχή κρίσεων και φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Αυτό οδήγησε σε κλινικές

μελέτες κάνναβης. Είναι, ωστόσο, επιτακτική ανάγκη να μη συγχέεται η συζήτηση σχετικά με τη χρήση κάνναβης για φαρμακευτικούς-ιατρικούς σκοπούς με τη νομιμοποίηση της μαριχουάνας για ψυχαγωγία (Nugent, Morasco et al., 2017).

Στις Κάτω Χώρες το Γραφείο Φαρμακευτικής Κάνναβης επιβλέπει την παραγωγή φυτικής κάνναβης φαρμακευτικής ποιότητας. Διαφορετικά στελέχη κάνναβης καλλιεργούνται υπό αυστηρές συνθήκες με αυστηρό ποιοτικό έλεγχο για την παραγωγή φυτικής κάνναβης με μεταβλητές αλλά καθορισμένες ποσότητες THC και κανναβιδιόλης. Αυτό διανέμεται μέσω φαρμακείων και υποστηρίζεται από πληροφορίες ασθενών (Ware, Wang, et al., 2010; Mücke, Phillips et al., 2018).

«Η κάνναβη χρησιμοποιείται ευρέως ως μία αυτό-διαχειριζόμενη από τους ασθενείς στρατηγική με ευρεία γκάμα συμπτωμάτων και ασθενειών του χρόνιου μη καρκινικού πόνου συμπεριλαμβανομένου. Η ασφάλεια στη χρήση κάνναβης για ιατρικούς σκοπούς», ωστόσο, «δεν έχει αξιολογηθεί συστηματικά» (Ware, Wang et al., 2015). Γενικά, υπάρχουν ενδείξεις για τη συμβολή και την αποτελεσματικότητά της στην αντιμετώπιση πολλών παθήσεων, αλλά δεν υπάρχει επαρκής αριθμός ερευνών που να το τεκμηριώνουν αυτό, ενώ, επίσης, η χρήση της θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη και σύνεση, καθώς υπάρχουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες στη χρήση της, όπως είναι ο εθισμός, οι ψυχώσεις, η κατάθλιψη, ατυχήματα, προβλήματα μνήμης κ.α. Συνεπώς, απαιτείται η διεξαγωγή περισσότερων και πιο επισταμένων και εστιασμένων στις παρενέργειές της κάνναβης ερευνών, προκειμένου να γίνει εφικτή μία ασφαλέστερη αποτίμηση της αποτελεσματικότητας και της συνεισφοράς της στην αντιμετώπιση των ασθενειών, γενικά, και του χρόνιου πόνου, ειδικότερα.

5.3 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.3.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ Ο,ΤΙ ΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μουσική έχει ευεργετικές ανακουφιστικές ιδιότητες, αλλά όχι θεραπευτικές από μόνη της. Είναι σημαντικό να διαχωριστεί από τις εναλλακτικές θεραπείες και να επισημανθεί ο ανακουφιστικός της ρόλος. Όπως οι Cassileth, Deng (2004) υποστηρίζουν, η εναλλακτική και η συμπληρωματική θεραπεία πρέπει να

διαχωριστούν και να αξιολογηθούν ξεχωριστά. Η συμπληρωματική θεραπεία έρχεται να συμπληρώσει και να ενισχύσει τη συμβατική και επικρατούσα ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα του/της ασθενούς. Από την άλλη, η εναλλακτική θεραπεία χρησιμοποιείται αντί της επίσημης-συμβατικής ιατρικής και νοσηλευτικής θεραπείας και φροντίδας. Η διαφορά μεταξύ των δυο, έγκειται στο γεγονός ότι η συμπληρωματική θεραπεία έρχεται να ενισχύσει την ήδη υπάρχουσα φροντίδα, ενώ η εναλλακτική θεραπεία θέτει ως στόχο τη θεραπεία του ασθενούς με τη χρήση αποκλειστικά αυτής της εναλλακτικής θεραπείας. Η μουσικοθεραπεία ως συμπληρωματική θεραπεία λειτουργεί ως βοήθεια για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, ενώ η ενδεδειγμένη χρήση της υποστηρίζεται και από διάφορες επιστημονικές έρευνες. Σε καμία περίπτωση, όμως, οι έρευνες δεν αναφέρουν τη χρήση της μουσικής ως μιας εναλλακτικής θεραπείας.

5.3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τα ευεργετικά αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας σε σχέση με την υγεία, μπορούν να προωθηθούν περαιτέρω μέσα από έρευνες, που γίνονται τα τελευταία χρόνια γύρω από την εφαρμογή των συμπληρωματικών θεραπειών. Ερευνητές μελέτησαν ασθενείς που παρουσίαζαν έντονο και οξύ πόνο. Σε αυτήν την έρευνα (Nguyen TN, Nilsson S., 2010) έλαβαν μέρος 126 ασθενείς που νοσηλεύονταν και είχαν έντονο πόνο εξαιτίας του καρκίνου. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν τυχαία και στην πειραματική ομάδα (62 άτομα), αλλά και στην ομάδα ελέγχου (64 άτομα). Το πείραμα έλαβε χώρα σε δυο μεγάλα ιατρικά κέντρα στα βόρεια της Ταϊβάν. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα της πειραματικής ομάδας έζησαν 12 μέρες περισσότερο σε σχέση με τα άτομα που δεν έλαβαν μέρος στη μουσικοθεραπεία. Αυτή η παράταση της ζωής για άτομα με τερματικές ασθένειες και για τις οικογένειες τους παράλληλα, μπορεί να θεωρηθεί ως ένα θαύμα, ειδικά όταν η ποιότητα ζωής παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας έχουν κινητοποιήσει αισθητά πολλούς κλινικούς ιατρούς σε διάφορες ειδικότητες, που χρησιμοποιούν τη μουσική ως φάρμακο για την αντιμετώπιση του πόνου, του στρες, της κατάθλιψης, αλλά και ως μέσο ενίσχυσης του ανοσοβιολογικού συστήματος σε πολλές κατηγορίες ασθενών. Οι ομάδες των ασθενών που μπορούν να επωφεληθούν από τη μουσικοθεραπεία περιλαμβάνουν έμβρυα, παιδιά, έφηβους, ενήλικες με προβλήματα ψυχικής υγείας με χρόνια νοσήματα, με μαθησιακές δυσκολίες, αναπτυξιακά προβλήματα, ασθενείς με νόσο του Αλτσχάϊμερ ή γεροντική άνοια, εγκεφαλικά

αγγειακά επεισόδια ή τραυματισμούς του εγκεφάλου, προβλήματα εθισμού σε εξαρτησιογόνες ουσίες, ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο ή οξύ πόνο, γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού (Siedlecki, Sandra L., 2006).

Η μουσικοθεραπεία, επομένως, έχει ευεργετικές ανακουφιστικές ιδιότητες, αλλά όχι θεραπευτικές ιδιότητες από μόνη της, οι οποίες πηγάζουν από τις ανάγκες των ασθενών. Αυτές οι διαφορές μπορούν να δικαιολογηθούν και από άλλες μεταβλητές, όπως είναι η ηλικία, το φύλο και τυχόν προηγούμενη έκθεση στην μουσικοθεραπεία. Η συνεργασία και ο συνδυασμός τόσο των συμβατικών όσο και των συμπληρωματικών θεραπειών στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας αποτελούν βασικό εχέγγυο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας προς όλους τους ασθενείς, κυρίως σε περιπτώσεις που αφορούν χρόνιες παθήσεις και τελικού σταδίου ασθένειες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, αν όλοι οι επαγγελματίες υγείας, πριν από κάθε νοσηλευτική-ιατρική παρέμβαση, λαμβάνουν σοβαρά υπόψη την ανθρώπινη υπόσταση, τον πόνο και τον βαθμό ενσυναίσθησης που απαιτείται πριν από κάθε παρέμβαση. (Mofredj et al., 2016)

5.3.3 ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι σύγχρονοι ερευνητές έχουν αρχίσει να διερευνούν αυτά τα οφέλη και έχουν ανακαλύψει γενικά ότι η μουσική διεγείρει δυναμικά τις κοινωνικο-συναισθηματικές διαδικασίες, οι οποίες, με τη σειρά τους, επηρεάζουν θετικά τις διαθέσεις και οδηγούν σε ευεργετικές επιπτώσεις στην υγεία (Bernatzky, Presch, Anderson & Panksepp, 2011). Η μουσική εξυπηρετεί πολλές λειτουργίες στη ζωή μας και την αποδεχόμαστε συχνά ως δώρο της πολιτισμένης ζωής, χωρίς να εξετάζουμε τα βαθύτερα ρεύματά της. Στις πιο συγκινητικές στιγμές της αιχμαλωτίζει το συναίσθημά μας σε σημείο και βαθμό που τα αυτόνομα νευρικά συστήματα του εγκεφάλου να κρυνώνουν σε ένα αίσθημα ρίγους κατά μήκος της επιφάνειας του δέρματος και, ίσως, αυτός να είναι αυτός ο πιο μελετημένος, πρωταρχικός δείκτης της συναισθηματικής δύναμης της μουσικής (Guetin, Ginies et al., 2012).

Η εύρεση της βάσης των νευροφυσιολογικών επιδράσεων της συναισθηματικής επενέργειας της μουσικής μπορεί να μας επιτρέψει να αξιοποιήσουμε πληρέστερα τη χρησιμότητα αυτού του ισχυρού συναισθηματικού μέσου για την προώθηση της ανθρώπινης ευημερίας. Αν και η εστίαση είναι στη

χρήση της μουσικής για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου, είναι πρωτίστως χρήσιμο να σκεφτούμε πόσο βαθιά η πρωτο-μουσική μπορεί να έχει συνδεθεί στη συναισθηματική και επικοινωνιακή-προοδευτική εξέλιξη του ανθρώπινου εγκεφάλου και μυαλού (Pothoulaki, MacDonald & Flowers, 2012; Bernatzky, Strickner et al., 2012) που δίνουν μουσική πρόσβαση στις πολλές νευροχημικές ουσίες οι οποίες είναι γνωστό ότι ελέγχουν τον πόνο. Συγκεκριμένα, μελέτες δείχνουν ότι η μουσική μπορεί να ανακουφίσει τα συναισθήματα του στρες, της αγωνίας και των καταθλιπτικών αντιδράσεων σε άτομα που πάσχουν από οξύ και χρόνια πόνο (Bernatzky et al., 2012).

Η διέγερση της μουσικής μπορεί επίσης να εξουδετερώσει τις αρνητικές γνώσεις και αισθήματα, όπως είναι τα αισθήματα αδυναμίας και απελπισίας και το ανεπιθύμητο άγχος που βιώνουν πολλοί ασθενείς σε κλινικές ή όταν νοσηλεύονται (Garza-Villarreal, Pando, Vuust & Parsons, 2017). Η μουσική, ειδικά μέσω της συναισθηματικής της δύναμης, είναι βέβαιο ότι θα επηρεάσει διάφορες χημείες του εγκεφάλου και δραστηριότητες δικτύου και από αυτά αναμένονται επιπτώσεις σε συστήματα κατά του στρες, όπως τα ενδογενή οπιοειδή και σε άλλα νευροπεπτίδια, όπως το oxytocin που μεσολαβεί επίσης σε διάφορες θετικές κοινωνικές διαδικασίες (Lee, 2016). Φαίνεται προφανές ότι η μουσική δεν θα είχε τη δύναμη που διαθέτει, αν δεν μπορούσε να αγγίζει την κοινωνική συναισθηματική μας φύση (Mofredj, Alaya et al., 2016). Ο κεντρικός ρόλος των παραπάνω νευροπεπτιδίων στις κοινωνικο-συναισθηματικές διεργασίες είναι σήμερα ευρέως αναγνωρισμένος (Kamioka, Tsutani et al. 2014; Gold&Clare, 2013). Τα στοιχεία του Convergin δείχνουν ότι μπορούν να παράγουν ευεργετικά σωματικά αποτελέσματα, ίσως με την ανακούφιση των αρνητικών επιπτώσεων και την προώθηση των θετικών επιπτώσεων, μαζί με την έκκριση διαφόρων θεραπευτικών παραγόντων κατά του στρες του σώματος, όπως η ωκυτοκίνη και τα ενδογενή οπιούχα, μαζί με τη διαμόρφωση του ευρέως διαδεδομένου εγκεφαλικού συστήματος, όπως βιογενετικών αμινών και δραστηριοτήτων οξειδίου του αζώτου (Hamlin & Robertson, 2017; Mofredj et al., 2016).

5.4 Η ΥΠΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΦΑΝΤΑΣΙΩΣΗ Ή ΑΛΛΙΩΣ ΑΥΤΟΫΠΝΩΣΗ

5.4.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η θεραπευτική ύπνωση (υπνοθεραπεία) έχει εφαρμοσθεί συμπληρωματικά προς άλλες παρεμβάσεις σε ασθενείς, μεταξύ άλλων, με χρόνια πόνο ποικίλης αιτιολογίας. Η αποτελεσματικότητά της παραμένει αμφισβητήσιμη με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα και συστήνεται περαιτέρω διερεύνηση, πριν από τη διατύπωση οριστικών συμπερασμάτων αλλά και προς την κατεύθυνση της διαλεύκανσης του μηχανισμού της πιθανής δράσης της (Webb et al., 2007; Barner et al., 2010; Colon & Avnet, 2014; Szigethy, 2015). Η ανασκόπηση των Elkins et al. (2009) έδειξε ότι οι υπνωτικές παρεμβάσεις για χρόνια πόνο οδηγούν σε σημαντική μείωση του αισθητού πόνου, ο οποίος σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διατηρηθεί για αρκετούς μήνες. Σε μερικές μελέτες, η υπνοθεραπεία βρέθηκε να είναι πιο αποτελεσματική, κατά μέσο όρο, από ορισμένες άλλες παρεμβάσεις (π.χ. φυσικοθεραπεία, εκπαίδευση), για ορισμένους τύπους χρόνιου πόνου. Τα ευρήματα αυτά είναι ενθαρρυντικά για ένα αρχικό κύμα μελετών, αλλά ένα πιο εξελιγμένο ερευνητικό σώμα που θα συμπεριλαμβάνει μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων και αυστηρότερους ελέγχους, θα ήταν πολύ πιο πειστικό.

Επιπλέον, οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στο πώς η υπνωτική πρόταση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιτευχθεί αναλγητική δράση, αλλά η ύπνωση μπορεί επίσης να έχει και άλλα οφέλη για ασθενείς με χρόνια πόνο, όπως μειωμένο άγχος, βελτιωμένο ύπνο και βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Jensen et al., 2006). Τα αποτελέσματα μιας έρευνας σε νοσηλευόμενους ασθενείς παρέχουν ενδιαφέρουσες πληροφορίες σχετικά με την ύπνωση στη διαχείριση του πόνου, όπως το ότι η ύπνωση ήταν εφικτή σε νοσηλευόμενο ηλικιωμένο πληθυσμό και ότι ο χρόνιος πόνος μειώθηκε σημαντικά μετά τις συνεδρίες (Ardigo et al., 2016). Στην έρευνα, επιβεβαιώθηκε επίσης ότι η ύπνωση είχε περισσότερο παρατεταμένο αναλγητικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με το μασάζ κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Σε μια άλλη μελέτη που συνέκρινε την ύπνωση και τη χαλάρωση, διαπιστώθηκε ότι η ύπνωση μείωσε την ποσότητα αναλγητικών φαρμάκων που απαιτούνται για τον έλεγχο αρθρικού πόνου σε ηλικιωμένους.

Μελέτες κλινικών αποτελεσμάτων για τον οξύ και τον χρόνια πόνο, καθώς και νευροφυσιολογικές μελέτες στο εργαστήριο έδειξαν ότι η ύπνωση είναι περισσότερο αποτελεσματική από τις θεραπείες με εικονικό φάρμακο και ότι έχει μετρήσιμα

αποτελέσματα στη δραστηριότητα περιοχών του εγκεφάλου που είναι γνωστό ότι εμπλέκονται στην επεξεργασία του πόνου. Εξίσου σημαντικό είναι ότι πρόσφατες κλινικές δοκιμές παρέχουν σημαντικά ευρήματα χρήσιμα για την κλινική εφαρμογή της ύπνωσης στη διαχείριση του χρόνιου πόνου (Mendoza, Jensen, Bonakdar & Sukiennik, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 ΟΙ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι μία πολύπλοκη παράμετρος της ιατρικής φροντίδας και έχει ήδη επιστρατευθεί γι' αυτήν όλο το φάσμα της σημερινής συμβατικής ιατρικής-θεωρητικής, ερευνητικής ή εφαρμοσμένης- καθώς και μεγάλο μέρος της επικουρικής ιατρικής. Η πολυπλοκότητα αυτή σημαίνει ότι θα πρέπει να περιμένουμε εξελίξεις σημαντικής φύσεως όχι μόνο μέσα στα πλαίσια του θεραπευτικού χώρου, αλλά και σε παράλληλους δρόμους, όπως είναι η διοίκηση, η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων, η κοινωνικοοικονομική διαχείριση, ακόμη και οι φιλοσοφικές και εννοιολογικές απόψεις της ανακούφισης από τον χρόνιο πόνο. Αν μελετήσουμε την εξέλιξη της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής επιστήμης στον τομέα αυτό, θα διαπιστώσουμε μια τάση για ολιστική αντιμετώπιση του πόνου, θα λέγαμε, μάλιστα, ότι οι περισσότερες πρόοδοι έγιναν έξω από το θεραπευτικό πεδίο. Δόθηκε μεγάλη σημασία στην ψυχολογική οντότητα του ασθενή.(Gaul, 2011)

Ο χρόνιος πόνος είναι ένα πρόβλημα με δύο όψεις: την οργανική και την ψυχολογική. Η άποψη ότι μια υπηρεσία οργανωμένη σε επίπεδο εθνικό, με αρμοδιότητες στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, είναι απαραίτητη άρχισε πια να επικρατεί σ' όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι διάφορες μονάδες και υπηρεσίες που προσφέρουν σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, αλλά με ασυντόνιστο τρόπο, θα μπορούσαν έτσι να βρουν δικαίωση. «Πολύπλευρος»: ο όρος αυτός σημαίνει ότι η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι έργο πολλών ειδικοτήτων, κλινικών και παρακλινικών, οι οποίες θα πρέπει να συντονίζονται από ένα υπεύθυνο σύμβουλο της υπηρεσίας του πόνου. Οι εναλλακτικές μέθοδοι βασίζονται σε μια ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου. Η υγεία συνδέεται στενά με το κοινωνικό περιβάλλον, τη θρησκεία, τον πολιτισμό και τις πεποιθήσεις. Για το λόγο αυτό πάντα εξατομικεύονται τα θεραπευτικά σχήματα, όπως και η επιλογή της εναλλακτικής μεθόδου που μπορεί να οφελήσει. Η κλινική θεραπεία έχει ήδη κάνει στους καιρούς μας μεγάλα βήματα και μπορούμε να τη διαχωρίσουμε σε ψυχολογική, φαρμακευτική και φυσική θεραπεία.

Όλες οι εναλλακτικές μέθοδοι αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου έχουν να προσφέρουν σημαντικά στην ανακούφιση των πασχόντων. Έχουν μικρό κόστος και

λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες .Ο βελονισμός διασώθηκε για 2000 χρόνια και ακόμα προσφέρει τις υπηρεσίες του με μεγάλη επιτυχία. Η κάνναβη επίσης χρησιμοποιήθηκε από την αρχαιότητα , με μόνη διαφορά ότι εκτός από εναλλακτική είναι και φαρμακευτική . Είναι και εθιστική και για το λόγο αυτό δεν είναι αποδεκτή από το σύνολο της ιατρικής κοινότητας . Όσο για την ύπνωση είναι αποτελεσματική ,αλλά χρειάζεται έμπειρος ψυχοθεραπευτής για να διεξαχθεί. Από την άλλη πλευρά η μουσικοθεραπεία βλέπουμε ότι ολοένα και διαδίδεται περισσότερο γιατί είναι ακίνδυνη, οικονομική και μπορεί να διεξαχθεί παντού, στο σπίτι , στη δουλειά ,στο αυτοκίνητο, στις μονάδες , στις χειρουργικές αίθουσες και στα ογκολογικά τμήματα. Μάλλον θα ενταχθεί δυναμικά στις θεραπείες του χρόνιου πόνου χωρίς δισταγμούς και επιφυλάξεις.(Cole and LoBiondo-Wood, 2014)

6.1.1 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ Ή/ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Ο βελονισμός χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως εναλλακτική-συμπληρωματική θεραπεία του χρόνιου πόνου. Είναι καλά ανεκτός και με χαμηλό ρίσκο για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Παραδοσιακές και μη τεχνικές του οδηγούν σε βελτίωση της έντασης και της διάρκειας του χρόνιου πόνου (Robert B Kelly, Joel Willis). Παρόλες τις ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά του, αυτή η αρχαία προσέγγιση στο θέμα του πόνου συχνά δεν αξιολογείται σωστά και δεν χρησιμοποιείται όσο πρέπει από το κυρίαρχο ρεύμα της ιατρικής. Συμπληρωματικές πληροφορίες υποστηρίζουν τη χρήση του σαν εναλλακτική των οπιοειδών, αποτελεσματική και ασφαλή στη θεραπεία του χρόνιου πόνου όταν γίνεται από έμπειρους θεραπευτές.(Changshik Yin, Thomas E Buchheit, Jongbae J Park).

Τα τελευταία χρόνια διάφορες ερευνητικές ομάδες αποτελούμενες από γιατρούς , βιολόγους και βιοχημικούς έκαναν μελέτες πάνω στη βιολογική δράση του βελονισμού και διαπιστώθηκε ότι ανεξάρτητα από την τεχνική που χρησιμοποιείται το αποτέλεσμα παραμένει ικανοποιητικό.

Η πολύπλοκη παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου και το υποκειμενικό βίωμα του πόνου είναι υπεύθυνα για τα αντικρουόμενα αποτελέσματα διαφόρων μελετών .Παρόλα αυτά η αξία του έχει αναγνωριστεί και το 65% των Αμερικανικών

Πανεπιστημίων έχουν εντάξει το βελονισμό στα προγράμματα τους και χρηματοδοτούν ερευνητικές προσπάθειες.(Jama 1998).

Αναφορικά με το χρονικό διάστημα που διαρκούν τα αποτελέσματα του βελονισμού , μελέτες δείχνουν ότι για τουλάχιστον 12 μήνες διατηρούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα.(Macpherson, E A Vertosick , N E Foster)

Πίνακας 1. Συνοπτική ανασκόπηση της δράσης του βελονισμού σε άλγη κεφαλής και αυχένα.

| Διάγνωση (# ασθενών) | >20% μείωση άλγους μετά τη μελέτη | Ελεύθεροι άλγους στα 2 έτη |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Άλγη προσώπου και αυχένα (177) | 77 (43,5%) | 38 (21,4%) |
| Βλαπτοδεκτικός πόνος (105) | 57 (54,2%) | 35 (33,3%) |
| Χρόνια ιγμορίτιδα (16) | 16 (62,5%) | 0 |
| Κροταφογοναθική (7) | 4 (57,1%) | 1 (14,2%) |
| Κεφαλαλγία τάσης (39) | 19 (48,7%) | 16 (41%) |
| Αυχνεαλγία (μυογενής) (43) | 24 (55,8%) | 19 (44,1%) |
| Νευραλγία τριδύμου (1ο & 2ο) (30) | 17 (56,6%) | 2 (6,6%) |
| Ψυχογενής πόνος (36) | 7 (19,4%) | 0 |
| Κεντρικός πόνος (60) | 30 (50%) | 0 |
| Non nociceptive pain (72) | 27 (37,5%) | 2 (2,7%) |

International Association for the Study of Pain, IASP Press, Pain, Clinical Updates, Vol iv, Issue 3, Nov 1996. (Άρθρο που υποστηρίχθηκε από το Institut de la Douleur, Paris, France)

Φαίνεται λοιπόν από τα παραπάνω ότι αξίζει να δοκιμάσει η ιατρική κοινότητα στην Ελλάδα να εντάξει αυτήν την αρχαία τεχνική αντιμετώπισης του πόνου στα επίσημα θεραπευτικά πρωτόκολλα , να την εξελίξει και να προσφέρει σε πάσχοντες από χρόνια πόνο μια καλύτερη ποιότητα ζωής απαλλαγμένη από οπιοειδή.

6.1.2 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ Ή/ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ-ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι μια πρόκληση καθώς ένα 15% του παγκόσμιου πληθυσμού τον βιώνει. Είναι πλέον διαδεδομένη η χρήση όλο και πιο

συχνά συμπληρωματικών , ή εναλλακτικών βοηθημάτων. Η κάνναβη και κάποια παράγωγα της έχουν θέση , όπως προκύπτει από πολλές μελέτες. Ο χρόνιος πόνος είναι η πιο κοινή κατάσταση για την οποία συστήνεται η χρήση της. Σε μελέτη του 2016 στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε μείωση της χρήσης των οπιοειδών κατά 64%(Boehhke et al, 2016). Βέβαια η επίδραση στον πόνο είναι μέτρια , αλλά μειώνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες (ναυτία , έμετος)των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ογκολογικούς ασθενείς. Επιπλέον βελτιώνει τον ύπνο , τη διάθεση , την ποιότητα ζωής και μειώνει το άγχος.

Η ιατρική κοινότητα στην Ελλάδα γενικά δεν την έχει αποδεχτεί στη διαχείριση του πόνου με κάποιες εξαιρέσεις. Η δράση της είναι συμπληρωματική και δεν δρα σαν συμβατικό φάρμακο. Άλλοι ανταποκρίνονται καλά και άλλοι όχι. Η μακροχρόνια χρήση της έχει αποδειχθεί επιβλαβής τόσο στη σωματική , όσο και στη ψυχική υγεία. Υπάρχει ο κίνδυνος εθισμού μετά από μακροχρόνια χρήση. Πρόκειται για μια κοινωνικά μη αναγνωρισμένη θεραπεία και λείπει το επιστημονικό υπόβαθρο ώστε να στηριχθεί η ωφέλεια της χρήσης της. Δεν υπάρχουν στοιχεία καθορισμένα σχετικά με τη δοσολογία, ενδείξεις, ηλικία , χρονική διάρκεια θεραπείας .Όμως αν σταθμιστούν σωστά όλες οι παράμετροι ίσως γίνει ένα χρήσιμο συμπληρωματικό εργαλείο στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και των συνεπειών του(P Poli, F Crestani).Η ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα πρέπει να είναι έτοιμη ώστε να συμβουλέψει και να κατευθύνει σωστά ασθενείς με χρόνια πόνο καθώς πολλοί ίσως βρουν παρηγορική ανακούφιση από την ιατρική κάνναβη.

6.1.3 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ Ή/ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Είναι ξεκάθαρο ότι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εκτιμήσουν τη σημασία της ανακουφιστικής φροντίδας που παρέχει η μουσικοθεραπεία, με κατάλληλη εκπαίδευση, συμπεριλαμβανομένης και της βιωματικής συμμετοχής του προσωπικού στα εκπαιδευτικά μουσικοθεραπευτικά προγράμματα. Με τέτοιου είδους

προϋποθέσεις και με την παροχή ποιοτικής φροντίδας κατά νου, η εφαρμογή αλλά και ο συνδυασμός όλων των συμπληρωματικών θεραπειών θα ενισχύσουν αλλά και θα συνεισφέρουν τους υγειονομικούς τόσο στο τομέα της εκπαίδευσης, όσο και στο τομέα της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, η ένταξη των μουσικοθεραπευτών στο χώρο της υγείας, είναι μια άλλη παράμετρος βασική, για τη προαγωγή της ίδιας μουσικοθεραπείας. Σε τερματικές αλλά και σε χρόνιες ασθένειες, η χρήση της μουσικής ως μιας βιοματικής εμπειρίας επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχοσυναισθηματική κατάστασή του ασθενή. Επιπρόσθετα, η διοργάνωση σεμιναρίων που αφορούν στη χρήση της μουσικής σε χρόνιες και τερματικές ασθένειες τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για το κοινό είναι ένα πολύ βασικό κίνητρο για τη χρήση αλλά και εφαρμογή της μουσικής ως ανακουφιστικής φροντίδας.

6.1.4 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΗΣ ΥΠΝΩΣΗΣ Ή ΚΑΙ ΑΥΤΟΫΠΝΩΣΗΣ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ Ή/ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Η αυξανόμενη συνειδητοποίηση των περιορισμών των μέχρι τώρα διαθέσιμων θεραπειών πόνου καθιστά ελπιδοφόρα την εκπαίδευση των ασθενών στην ύπνωση και την αυτοϋπνωση, που αποτελεί ένα ελκυστικό συστατικό της θεραπείας του πόνου. Για παράδειγμα, υπάρχουν αυξανόμενες ανησυχίες σχετικά με την υπερβολική εξάρτηση ορισμένων ασθενών από αναλγητικά φάρμακα, τα οποία μπορεί να έχουν αρνητικές παρενέργειες ή/και να έχουν περιορισμένες ενδείξεις μακροχρόνιας αποτελεσματικότητας και ενδεχομένως να οδηγήσουν σε σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με τον εθισμό ή την εκτροπή, δηλαδή τη χρήση ουσιών χωρίς συνταγή (Adachi, Fujino et al., 2014). Υπάρχει, συνεπώς, αντίστοιχη ανάγκη για αποτελεσματικές θεραπείες του χρόνιου πόνου οι οποίες να έχουν ελάχιστες αρνητικές παρενέργειες. Είναι, λοιπόν, αξιοσημείωτο να τονιστεί ότι «δεν γνωρίζουμε καμία επιλογή θεραπείας πόνου με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από αυτήν της ύπνωσης» (Jensen&Patterson, 2014).

Εύλογα, επομένως, η ύπνωση αντιμετωπίζεται πλέον ως εναλλακτική θεραπεία στην κλασική ιατρική. Η επιστημονική κοινότητα μελετά εικόνες που

δείχνουν αλλαγές στις περιοχές ενεργοποίησης του εγκεφάλου όταν ένα άτομο είναι υπό ύπνωση. Πολλές συναρπαστικές νέες έρευνες διεξάγονται σε αυτόν τον τομέα, τόσο για οξύ όσο και για χρόνιο πόνο. Αναγνωρίζοντας ότι το μυαλό και το σώμα συνδέονται στενά, το ιατρικό επάγγελμα συστήνει όλο και περισσότερο την μέθοδο της υπνοθεραπείας για να διαχειριστεί κανείς τον πόνο, καθώς και πολλά άλλα προβλήματα υγείας. Η υπνοθεραπεύτρια Christine Gould συμμετέχει επί δεκαεπτά χρόνια σε μια επιστημονική ομάδα στην Κλινική Αρωγής Πόνου στο Γενικό Νοσοκομείο του Northampton της Αγγλίας. Οι ασθενείς εκεί μαθαίνουν τεχνικές αυτοβοήθειας και αυτοϋπνωσης για τον έλεγχο και την ανακούφιση του πόνου σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος είτε είναι οξύς είτε χρόνιος. (Brugnoli ,2018)

Το σώμα έχει την ικανότητα να παράγει τα δικά του παυσίπονα που ονομάζονται ενδορφίνες και εγκεφαλίνες, τα οποία είναι παρόμοια με τη μορφίνη και την ηρωίνη. Το κλειδί για την ανάπτυξη αυτών είναι ένα χαλαρό μυαλό και σώμα. Η καλής ποιότητας χαλάρωση μέσω της υπνοθεραπείας επιταχύνει τις φυσικές θεραπευτικές ικανότητες ίασης του σώματος και ανακουφίζει από την πίεση, το άγχος και την ένταση. Οι σκέψεις μας άλλωστε είναι πολύ ισχυρές και ο πόνος επηρεάζεται από τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις μας. Μια θετική ψυχική κατάσταση είναι ευεργετική για τη διαδικασία της θεραπείας. Με την εφαρμογή της αυτοϋπνωσης και την ευθύνη της προσωπικής βούλησης, επομένως, τα άτομα μπορούν να ελέγξουν τον πόνο, προκειμένου να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. (Elkins,2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επιλογή συμπληρωματικών θεραπευτικών πρακτικών είναι σύνηθες φαινόμενο κυρίως σε όσους διαγιγνώσκονται με απειλητική και ανίατη για τη ζωή τους ασθένεια, όπως είναι οι καρκινοπαθείς. Πολλές συμπληρωματικές θεραπείες αποδεικνύονται αποτελεσματικές για τον έλεγχο κάποιων ανεπιθύμητων συμπτωμάτων, αλλά η τυχόν απόπειρα υποκατάστασης από μέρους του/της ασθενή ή των οικείων του των συμβατικών θεραπειών από μη αποδεδειγμένες, που έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση ή την παρεμπόδιση της απαραίτητης ιατρικής παρέμβασης, καθιστά υποχρεωτική την παρέμβαση του ιατρού, προκειμένου να διαγνώσει τη στάση του/της ασθενή απέναντι στις μη συμβατικές θεραπευτικές μεθόδους και το αν κάνει χρήση τέτοιων θεραπειών, δημιουργώντας το κατάλληλο περιβάλλον ουσιαστικής επικοινωνίας μαζί του/της, από την πρώτη τους επαφή για αξιολόγηση και διάγνωση. Η ανοιχτή επικοινωνία με τους ασθενείς θα τους βοηθήσει να πάρουν, κατόπιν εμπειριστατωμένης και επαρκούς ενημέρωσης, τις σωστές, με βάση τις ανάγκες τους, θεραπευτικές αποφάσεις. (Braun ,2014)

Στις μέρες μας με την ελεύθερη πρόσβαση του μέσου ανθρώπου σε έναν τεράστιο όγκο πληροφοριών, μέσω του διαδικτύου, το ζήτημα της έγκυρης ή μη πληροφόρησης αποτελεί σοβαρό ζήτημα. Για τη κατοχύρωση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας του έργου τους είναι απαραίτητο οι θεράποντες ιατροί να γνωρίζουν εάν οι ασθενείς τους κάνουν χρήση ή όχι εναλλακτικών ή/και συμπληρωματικών θεραπειών. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ηθικές και νομικές υποχρεώσεις απέναντι στους ασθενείς τους, στις οποίες υποχρεώσεις περιλαμβάνεται και ο σεβασμός στην αυτονομία τους. (Hall et al,2017) Η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης για την προσέγγιση και δημιουργία κατάλληλου κλίματος ουσιαστικής επικοινωνίας σε συνδυασμό με τον περιορισμένο χρόνο που διατίθεται στους ιατρούς για την ενημέρωση των ασθενών είναι παράμετροι που πρέπει να αντιμετωπιστούν ήδη από την αρχική τους επαφή, ώστε να διευκολύνεται η αποδεδειγμένη επιστημονικά και με επίκεντρο τον ασθενή φροντίδα. Επιπλέον, ένα άλλο εμπόδιο για την επίτευξη ανοιχτής επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς αποτελεί η έλλειψη εξοικείωσης των ιατρών και νοσηλευτών αναφορικά με τις συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας καθώς και η συχνά απορριπτική τους στάση

απέναντι σε αυτές. Τα προγράμματα σπουδών των ιατρικών και νοσηλευτικών σχολών δεν προβλέπουν, κατά ένα μεγάλο μέρος, την ύπαρξη ανασκόπησης και γνωριμίας των φοιτητών με τις τουλάχιστον πιο κοινές συμπληρωματικές-εναλλακτικές θεραπείες, με αποτέλεσμα οι απόφοιτοί τους να έρχονται ως ιατροί ή νοσηλευτές σε αμηχανία, μη ικανοί να συζητήσουν ανοιχτά αυτού του είδους τις προσεγγίσεις κάτι που δυσαρεστεί και τους ασθενείς, δημιουργώντας έλλειμμα εμπιστοσύνης στη μεταξύ τους σχέση. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές, καταλήγοντας, μπορεί και πρέπει να διευρύνουν τις προοπτικές τους, ώστε να κατανοήσουν την οπτική γωνία των ασθενών τους, πάντα με ευαισθησία και σεβασμό στην ανάγκη των τελευταίων για αυτονομία και ενδυνάμωση. Ο ρόλος των ιατρών και νοσηλευτών είναι η ενημέρωση και όχι ο εξαναγκασμός. Είναι απαραίτητο ασθενής και ιατρός να αποφασίσουν μαζί την θεραπευτική οδό σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου είτε για την πρόληψη, τη θεραπεία, ή την παροχή παρηγορητικής φροντίδας στα τελικά στάδια μιας νόσου. Ο ρόλος του ιατρού δεν είναι να αποδεχτεί ή να απορρίψει εν συνόλω τις συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους, αλλά να είναι σε θέση να απαντήσει σε ερωτήματα που προκύπτουν αναφορικά με την αβεβαιότητα ως προς την αποτελεσματικότητά τους, αν δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά δεδομένα, και να ενημερώσει για τυχόν ρίσκα και οφέλη που υπάρχουν. Οι ιατροί έχοντας ως απώτερο στόχο να ενημερώσουν κατάλληλα τους ασθενείς σεβόμενοι το δικαίωμα της αυτονομίας τους και της ελεύθερης επιλογής θα πρέπει να προσδιορίσουν τις πεποιθήσεις, τους φόβους, τις ελπίδες και τις προσδοκίες των ασθενών τους, αλλά και την εμπειρία που έχουν από συμπληρωματικές θεραπευτικές μεθόδους και από την ολιστική ιατρική. Να λάβουν γνώση εάν οι ασθενείς τους έχουν κάνει χρήση κάποια συμπληρωματικής θεραπείας και, εάν ναι, σε ποια παρουσιάζουν μεγαλύτερη προτίμηση, σε ποια όχι, λόγω μη αποτελεσματικότητας, και ποια έχουν ενδεχομένως απορρίψει λόγω ζητημάτων ασφάλειας, ποιότητας ζωής, μεγάλου κόστους και άλλων αιτιών. Να αναγνωρίσουν τις πνευματικές και θρησκευτικές και πολιτιστικές αξίες του/της ασθενούς, αλλά και τις πεποιθήσεις, συμπεριλαμβανομένων και των απόψεών τους σχετικά με την ποιότητα ζωής και το τέλος της ζωής και πώς αυτές τελικά μπορούν να επηρεάσουν την υγεία τους. Να ανακαλύψουν, τέλος, το βαθμό της υποστήριξης που λαμβάνει ο ασθενής σε επίπεδο οικογενειακού δικτύου, κοινότητας, φίλων και πίστης. (Pestka and Cutshall, 2014)

7.1 ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ

Το επίπεδο των γνώσεων στην εθνική και διεθνή βιβλιογραφία για τη συμβολή των εναλλακτικών προσεγγίσεων, συμπληρωματικά προς την κλασική ιατρική, στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αυξάνει προοδευτικά, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στον βελονισμό και την κάνναβη που είναι και οι δημοφιλέστερες από αυτές. Ωστόσο, υπάρχει ακόμη ευρύ περιθώριο για την πραγματοποίηση περαιτέρω έρευνας επί του γενικότερου θέματος της ανάγκης για συνεργασία ανάμεσα στην ιατρική και τις πιο διαδεδομένες εναλλακτικές προσεγγίσεις στη διαχείριση του χρόνιου πόνου που εδώ εξετάζονται. Οι συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές θεραπείες έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν ασθενείς με χρόνιες ασθένειες στο τέλος της ζωής το *braunys* στα πλαίσια της παρηγορητικής φροντίδας, ωστόσο, η αναγκαιότητά τους και η χρησιμότητά τους θα πρέπει να μελετηθούν περαιτέρω, να τεκμηριωθούν και να εφαρμοσθούν σε μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα τα οποία θα είναι πιο αξιόπιστα. Παράλληλα είναι αναγκαία και η εξειδίκευση και εκπαίδευση των ιατρών αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού πάνω σε συμπληρωματικές ή/και εναλλακτικές θεραπείες, με σκοπό πάντοτε την δημιουργία εξατομικευμένων μοντέλων φροντίδας που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών στο πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας. Παραδείγματος χάρη, «η χρήση της Μουσικοθεραπείας για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου κερδίζει αυξανόμενο ενδιαφέρον, αλλά είναι αναγκαία μία πιο αποτελεσματική έρευνα, για να ενθαρρύνει τους παρόχους φροντίδων υγείας να συστήσουν τη χρήση της στους ασθενείς. Τα αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας στη μείωση του πόνου αποδίδονται συνήθως στην ικανότητα της μουσικής να αποσπά και να χαλαρώνει. Ωστόσο ο χρόνιος πόνος είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που επηρεάζει τα άτομα σωματικά, διανοητικά, κοινωνικά και πνευματικά. Ως εκ τούτου απαιτεί παρεμβάσεις που υπερβαίνουν τη γνωστική απόσπαση της προσοχής (Low, Lacson et al., 2020).

7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ/ΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΥΣ

Όπως προκύπτει, όμως, από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, δυσκολότερο αποδεικνύεται ότι είναι το εγχείρημα να πειστούν οι υγειονομικοί φορείς για την ανάγκη συμπερίληψης εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων στα επίσημα υγειονομικά τους πρωτόκολλα και καλύτερης πληροφόρησής τους σχετικά. «Η νομιμοποίηση αναφέρθηκε να είναι σημαντική για την απόφαση χρήσης κάνναβης. Ασθενείς με καρκίνο επεσήμαναν ότι δε λαμβάνουν επαρκή πληροφόρηση από τους ογκολόγους τους. Φροντιστές καρκίνου είναι ανάγκη να πληροφορηθούν καλύτερα» (Jett, Stone et al., 2018).

Ολοένα και περισσότερο, βέβαια, γίνεται αντιληπτό ότι το κέντρο βάρους της θεραπευτικής προσέγγισης, είτε ιατρικής-φαρμακολογικής είτε εναλλακτικής είτε συνδυαστικής των δύο, θα πρέπει να μετακινηθεί από τη θεραπεία της ασθένειας στην υποστήριξη και ενίσχυση του ασθενή, προκειμένου να μάθει να συμβιώνει με την ασθένειά του και τον χρόνιο πόνο που του προκαλεί και να τη διαχειρίζεται ενεργητικά και όχι παθητικά. «Η μετατόπιση από την αντίληψη του «να θεραπεύει» στην αντίληψη του «να νοιάζεται» που υιοθετήθηκε από την Παρηγορητική Φροντίδα, εγκρίνει την ασθενοκεντρική προοπτική που συμπεριλαμβάνει τόσο την οπτική και τους πόρους του ασθενή όσο και τα τεράστια ηθικά προβλήματα και διλήμματα που ενέχονται στη διαχείρισή του/της, ένα γεγονός υψίστης σημασίας σε σοβαρές ασθένειες, όπως ο καρκίνος και την πορεία προς το τέλος της ζωής. Από το άλλο μέρος, η θεραπευτική ιατρική δε μοιάζει έτοιμη ακόμη να θέσει μία τέτοια άποψη ως υπόθεση εργασίας και να διαχειριστεί όλες της τις συνέπειες.» (Facco, Casiglia et al., 2018).

Ο νοσηλευτής είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ομάδας αντιμετώπισης του πόνου. Στο άρθρο 13 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας αναγνωρίζεται ο ισότιμος ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική ομάδα και η επιστημονική του ανεξαρτησία. Είναι το πρόσωπο που έρχεται σε πιο στενή επαφή με τον ασθενή και γρήγορα αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης. Μπορεί να πληροφορεί, να ενημερώνει και να συμπαραστέκεται σε κάθε βήμα τον χρονίως πάσχοντα, να απαντάει στις ερωτήσεις ή απλά να είναι εκεί συμπαραστάτης. Στηρίζει ψυχολογικά το άτομο που βιώνει τον πόνο, μπορεί να συζητήσει μαζί του τις εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης και να φτιάξουν από κοινού πρόγραμμα διαχείρισης του πόνου με συμβατικές και μη μεθόδους σε συνεργασία και με άλλους επαγγελματίες υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση, ο νοσηλευτής να έχει εκπαιδευτεί σε αυτές τις

μεθόδους καθώς κερδίζουν ολοένα έδαφος και να προτείνει την κατάλληλη ανάλογα με την περίπτωση που διαχειρίζεται.

Σε νοσοκομεία του εξωτερικού δημιουργούνται καινοτόμα προγράμματα που ενσωματώνουν στο θεραπευτικό σχήμα και τις εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου. Έτσι παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς.

Ένας νοσηλευτής που έχει γνώση μπορεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή στη χρήση των εναλλακτικών μεθόδων, να παρακολουθεί την πορεία τους, να διορθώνει παραλείψεις και ατέλειες και να καταγράφει τις τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Επίσης θα καθοδηγήσει την οικογένεια του πάσχοντα στις τεχνικές και αυτή η σχέση μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά.

Βέβαια στη χώρα μας οι νοσηλευτές δεν έχουν εκπαίδευση σε αυτές τις τεχνικές. Πρέπει να αντιμετωπιστεί αυτή η έλλειψη γνώσης με εκπαιδευτικά προγράμματα γιατί αυτές οι μέθοδοι κερδίζουν ολοένα έδαφος και έτσι θα συνεχίσουν οι νοσηλευτές να λειτουργούν προς όφελος των ασθενών και των οικογενειών τους.

Βιβλιογραφία

1. Abu-Saad Huijjer H. (2010). Chronic pain: A Review. *Lebanese Medical Journal*, 58(1):21-27.
2. Tomonori A, Haruo F, etc. (2013). A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis standard care and other psychological interventions. *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis*, 62(1):1-28.
3. Guenther B, Michaela P, etc. (2011). Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine, 35(9):1989-1999.
4. Guenther B, Michaela P, etc. (2012). Music as a non-pharmacological pain management in clinics. In *Music, in Health & Wellbeing*, (1 ed., p 257-275). Oxford University Press.
5. Boehnke K, Litinas E, & Clauw D.J. (2016). Medical cannabis use is associated with decreased opiate medication use in a retrospective cross-sectional survey of patients with chronic pain. *The journal of Pain*, 17(6):739-744.
6. Bradt J., Norris M., etc. (2016). Vocal music therapy for chronic pain management in inner-city African Americans: A mixed methods feasibility study. *Journal of music therapy*, 53(2):178-206.
7. Brugnoli M.P, Pesce G, etc. (2018). The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Ann Palliat Med*, 7(1):17-31.
8. Shauna L. Cantwell. (2010). Traditional Chinese veterinary medicine: the mechanism and management of acupuncture for chronic pain. *Topics in Companion Animal Medicine*, 25(1):53-58.
9. Carter G.T, Javahar S.P, etc. (2015). Re-branding cannabis: the next generation of chronic pain medicine?. *Pain management*, 5(1):13-21.
10. Dale R, Stacey B. (2016). Multimodal treatment of chronic pain. *Medical Clinics of North America*, 100(1):55-64.
11. Dillworth T., Mendoza M. Elena, & Jensen M. P. (2012). Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *Translational behavioral medicine*, 2(1):65-72.

12. Dimaio L. (2010). Music therapy entrainment: a humanistic music therapist's perspective of using music therapy entrainment with hospice clients experiencing pain. *Music Therapy Perspectives*, 28(2):106-115.
13. Dorfman D., Schnur J., etc. (2013). Hypnosis for treatment of HIV neuropathic pain: a preliminary report. *Pain Medicine*, 14(7):1048-1056
14. Dorsher P. T. (2011). Acupuncture for chronic pain. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 15(2):55-63
15. Egli S., Pfister M., etc. (2015). Long-term results of therapeutic local anesthesia (neural therapy) in 280 referred refractory chronic pain patients. *BMC complementary and alternative medicine*, 15(1):200.
16. Elder C., Johnson A., etc. (2012). Reductions in pain medication use associated with traditional Chinese medicine for chronic pain. *The Permanente Journal*, 16(3):18.
17. Elkins G., Johnson A., & Fisher W. (2012). Cognitive hypnotherapy for pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(4):294-310.
18. Garza-Villarreal E.A., Pando V., etc. (2017). Music-induced analgesia in chronic pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Pain Physician Journal*, 20:597-610.
19. Gaul C., Schmidt T., etc. (2011). Attitudes towards complementary and alternative medicine in chronic pain syndromes: a questionnaire-based comparison between primary headache and low back pain. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 11(89):1-8.
20. Gold A., & Clare A. (2013). An exploration of music listening in chronic pain. *Psychology of Music*, 41(5):545-564.
21. Guetin S., Ginies P., etc. (2012). The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 28(4):329-337.
22. Hamlin A.S & Robertson T.S. (2017). Pain and complementary therapies. *Critical Care Nursing Clinics*, 29(4):449-460.
23. Häuser W., Petzke F., & Fitzcharles M.A. (2018). Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for chronic pain management-An overview of systematic reviews. *European Journal of Pain*, 22(3):455-470.

24. Hopton A., & 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):94-102.
25. Jensen M.P., & Patterson D.R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: Clinical implications of recent research findings. *American psychologist*, 69(2):167-177.
26. Jensen M.P., Day M.A., & Miro J. (2014). Neuromodulatory treatments for chronic pain: efficacy and mechanisms. *Nature Reviews Neurology*, 10(3):167-178.
27. Kamioka H., Tsutani K., etc. (2014). Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. *Patient preference and adherence*, 8:727-754.
28. Kanodia A.K., Legedza A.T., etc. (2010). Perceived benefit of complementary and alternative medicine (CAM) for back pain: a national survey. *The journal of the American Board of Family Medicine*, 23(3):354-362.
29. Kravits K. (2013). Hypnosis: adjunct therapy for cancer pain management. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 4(2):83-88.
30. Lee J. H. (2016). The effects of music on pain: a meta-analysis. *Journal of music therapy*, 53(4), 430-477.
31. Lee J. S., & Pyun Y. D. (2012). Use of Hypnosis in the Treatment of Pain. *The Korean journal of pain*, 25(2):75-80.
32. Lucas P. (2012). Cannabis as an adjunct to or substitute for opiates in the treatment of chronic pain. *Journal of psychoactive drugs*, 44(2):125-133.
33. MacPherson H., Vertosick E., etc. (2017). The persistence of the effects of acupuncture after a course of treatment: a meta-analysis of patients with chronic pain. *Pain*, 158(5):784-793.
34. MacPherson H., Vertosick E., etc. (2014). Influence of control group on effect size in trials of acupuncture for chronic pain: a secondary analysis of an individual patient data meta-analysis. *PLOS ONE*, 9(4):1-8.
35. Mavromatis C., Argyra E., etc. (2012). Acupuncture as an adjunctive therapy to pharmacological treatment in patients with chronic pain due to osteoarthritis of the knee: a 3-armed, randomized, placebo-controlled trial. *PAIN*, 153(8):1720-1726.

36. McKee M., Kligler B., etc. (2013). Outcomes of acupuncture for chronic pain in urban primary care. *The journal of the American Board of Family Medicine*, 26(6):692-700.
37. Mofredj A., Tassaioust K., etc. (2016). Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. *Journal of critical care*, 35:195-199.
38. Mücke M., Phillips T., etc. (2018). Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3):1-92.
39. Nugent S. M., Morasco B. J., etc. (2017). The effects of cannabis among adults with chronic pain and an overview of general harms: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 167(5):319-331.
40. Penney L. S., Ritenbaugh C., etc. (2015). Primary care physicians, acupuncture and chiropractic clinicians, and chronic pain patients: a qualitative analysis of communication and care coordination patterns. *BMC complementary and alternative medicine*, 16(30):1-11.
41. Rubinstein S. M., Ostelo R., etc. (2010). A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *European Spine Journal*, 19(8):1213-1228.
42. Schopflocher D., Taenzer P., & Jovey R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain research and management*, 16(6):445-450.
43. Takai Y., Suzuki M., etc. (2015). Literature review of pain management for people with chronic pain. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(3):167-183.
44. Tan M. G., Win M. T., & Khan S. A. (2013). The use of complementary and alternative medicine in chronic pain patients in Singapore: a single-centre study. *Ann Acad Med Singapore*, 42(3):133-137.
45. Thomas D. A., Maslin B., etc. (2016). Role of alternative therapies for chronic pain syndromes. *Current pain and headache reports*, 20(5):29.
46. Turk D. C., Wilson H. D., & Cahana A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 377(9784):2226-2235.
47. Vigil J. M., Stith S., etc. (2017). Associations between medical cannabis and prescription opioid use in chronic pain patients: a preliminary cohort study. *PLOS One*, 12(11):1-13.

48. Zografakis S. M., Karteraki M., etc. (2017). Effect of Music Therapy Intervention in Acute Postoperative Pain among Obese Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2):937-945.
49. Fanelli G & Fanelli A. (2015). Developments in managing severe chronic pain: role of oxycodone-naloxone extended release. *Drug Design, Development and Therapy*, 9:3811-3816.
50. Kahan M. (2011). The opioid crisis in North America. *Canadian Family Physician*, 57(5):536.
51. Braun J., Baraliakos X., etc. (2014). Assessment of spinal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 28(6): 875-887.
52. Pestka E., Craner J., etc. (2018). Impact of family history of substance abuse on admission opioid dose, depressive symptoms, and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Pain Manag Nurs*, 19(2):115-124.
53. Demmer Craig. (2004). A survey of complementary therapy services provided by hospices. *J Palliat Med*, 7(4):510-516.
54. Younger J. W., Chu L. F., etc. (2011). Prescription opioid analgesics rapidly change the human brain. *Pain*, 152(8):1803-1810.
55. Konvicka J. J., Meyer T. A., etc. (2008). Complementary/alternative medicine use among chronic pain clinic patients. *J Perianesth Nurs.*, 23(1):17-23.
56. Baron R. (2000). Peripheral neuropathic pain: from mechanisms to symptoms. *The clinical journal of pain*, 512-520.
57. Katz J., Rosenbloom B. N., & Fashler A. (2015). Chronic Pain, Psychopathy, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Can J Psychiatry*, 60(4):160-167.
58. Kulkarni B., Bentley D. E., etc. (2005). Attention to pain localization and unpleasantness discriminates the functions of the medial and lateral pain systems. *Eur. J. Neurosci.*, 21(11):133-142.
59. Kahan M. etc. (2011). Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. *Canadian family physician*, 57(11):1269-1276.
60. Hall H., et al. (2017). 'International Journal of Nursing Studies Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic, *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd, 69:47-56.
61. Botulinum R. I. & Study R. (2014). *HHS Public Access*, 4(1):139-148.

62. Ρηγάτος Γεράσιμος. (2009). Ο πόνος στον πολιτισμό και την Ιστορία της ιατρικής. ΒΗΤΑ ,1-170.
63. Παπαδόπουλος Γ, Τριανταφύλλου Χ., κ.α. (2017). Η αντιμετώπιση του πόνου στην αρχαία Ελλάδα κατά την προϊπποκρατική εποχή. Ιατρικά χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας, 14(1):49-53.
64. Cole L. C., & 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):406-425.
65. Millan M. J. (2002). Descending control of pain. Progress in Neurobiology, 66(6):355-474.