

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ: ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ-ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

**Αρνητική πίεση
και θεραπείες αισθητικής σώματος**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Μαντζακίδου Αναστασία

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2015

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ: ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ-ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

**Αρνητική πίεση
και θεραπείες αισθητικής σώματος**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Μαντζακίδου Αναστασία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κοτσαηλία Καλλιόπη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μεγαλώσει με μια συγκεκριμένη νοοτροπία σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενειών, του πόνου, του στρες και των αισθητικών προβλημάτων στο σώμα. Σημαντική είναι η παρουσία της αρνητικής πίεσης, η οποία συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος στη ζωή του.

Παρά το γεγονός ότι όλοι έχουν βιώσει την εμπειρία του πόνου, του στρες, της ασθένειας αλλά και των προβλημάτων στην αισθητική του σώματος και εκ πρώτης όψεως δεν χρειάζονται επεξηγήσεις, παραμένουν πολύπλοκα βιολογικά και ψυχοσωματικά φαινόμενα που συχνά είναι δύσκολο να καθορισθούν, να επεξηγηθούν και να μετρηθούν ποσοτικά ή ποιοτικά. Η σημασία των παραπάνω καταστάσεων που αντιμετωπίζει ο εκάστοτε άνθρωπος διαφέρει ανάμεσα στους ανθρώπους και ακόμη στο ίδιο άτομο σε διαφορετικούς χρόνους. Η πλήρης και επακριβής περιγραφή τους δυσκολεύει πολλές φορές τους πάσχοντες και εξαρτάται από την εκφραστικότητα και τη νοημοσύνη του ατόμου. Η αντίληψη και η αντίδραση τους εξαρτάται και διαμορφώνεται από ποικίλους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να επεξηγήσει την παρουσία του πόνου και του άγχους που νιώθουν οι άνθρωποι για την αισθητική του σώματος τους και τους τρόπους θεραπείας με ιδιαίτερη έμφαση στην παρουσία των συσκευών με αρνητική πίεση.

Λέξεις - κλειδιά: αρνητική πίεση, συσκευές, αισθητική σώματος, εναλλακτικές θεραπείες, πόνος, στρες, ασθένεια.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη συγγραφή της παρούσας πτυχιακής θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου για την καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου πρόσφεραν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Η υποστήριξη και οι συμβουλές τους υπήρξαν καθοριστικές σε κάθε φάση των σπουδών μου. Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Κοτζαηλία Καλλιόπη. Χωρίς την καθοδήγηση, τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις της δεν θα ήμουν σε θέση να τελειώσω αυτή τη διατριβή.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
2.ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	9
2.1.Ανατομία και φυσιολογία του δέρματος.....	9
2.1.1.Στοιχεία ανατομίας.....	9
2.1.2.Στοιχεία φυσιολογίας.....	15
2.2. Κολλαγόνο και ελαστίνη.....	17
3.ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ / ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ.....	19
3.1.Ορισμός του πόνου.....	19
3.2.Παθοφυσιολογία και αιτιολογία του πόνου.....	21
3.2.1.Φυσιολογία-μηχανισμοί του πόνου.....	21
3.2.2.Αιτιολογία του πόνου.....	22
3.2.3.Είδη του πόνου.....	24
3.2.4.Χαρακτηριστικά του πόνου.....	25
3.3. Μέτρηση και εκτίμηση του πόνου και αρνητική πίεση.....	26
3.3.1. Μέτρηση του πόνου.....	26
3.3.2.Εκτίμηση του πόνου.....	29
3.3.3.Αρνητική πίεση και θεραπεία τραυμάτων.....	29
3.4.Ψυχολογικές επιπτώσεις του χρόνιου πόνου και αρνητική πίεση.....	31
3.5. Εκτίμηση του πόνου από τον ασθενή και αρνητική πίεση.....	33
3.6. Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του πόνου.....	36
3.7.Αρνητική πίεση και θεραπεία σώματος.....	38

3.7.1.Θεραπεία πόνου και τραύματος με συσκευή αρνητικής πίεσης.....	40
3.7.2.Θεραπεία αισθητικής σώματος με αρνητική πίεση.....	42
4.ΕΝΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ / ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ.....	45
4.1.Ορισμός και ταξινόμηση των εναλλακτικών μορφών θεραπείας του σώματος και αρνητική πίεση.....	45
4.2. Κατηγορίες εναλλακτικών μορφών αντιμετώπισης του πόνου.....	47
4.2.1. Ομοιοπαθητική.....	49
4.2.2. Βελονισμός.....	50
4.2.3. TENS.....	52
4.2.4. Αρωματοθεραπεία.....	53
4.2.5. Ιαματική λουτροθεραπεία.....	57
4.2.6. Ύπνωση.....	58
4.2.7. Χρωματοθεραπεία.....	60
4.2.8. Μουσικοθεραπεία.....	63
4.2.9. Ανθοθεραπεία.....	65
4.2.10. Ρέικι – Θεραπευτική αφή.....	67
4.2.11. Ρεφλεξολογία.....	68
4.2.12. Βιοσυντονιστική θεραπεία.....	69
4.2.13. Οζονοθεραπεία.....	70
5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται και εκτιμά κάποιος την πληροφορία του πόνου και του άγχους του ασθενούς που νιώθει για το σώμα του προκύπτει από τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του. Αυτές σηματοδοτούν και ενημερώνουν το περιβάλλον για την οξύτητα, την εντόπιση, την ποιότητα του πόνου και του άγχους, την ανάγκη επείγουσας βοήθειας κ.λπ. Από την άλλη πλευρά ο ασθενής ξέρει ότι για να κάνει «φανερό» τον πόνο και το άγχος του πρέπει να εμφανίζει ορισμένες συμπεριφορές που σηματοδοτούν τον πόνο και το άγχος. Το πώς θα ανταποκριθεί το περιβάλλον στα σήματα αυτά μπορεί να καθορίσει τη μελλοντική αντίδραση του ασθενούς. Αποτελεί το πλαίσιο για εμπεδωμένες συμπεριφορές, υπό την έννοια ότι η δυναμική αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και ατόμου θα επανατροφοδοτήσουν και θα επανακαθορίσουν τη συμπεριφοριστική πορεία του ασθενούς. Η διαμόρφωση της συμπεριφοράς του πόνου και του άγχους είναι εκείνη που θα προσδιορίσει το είδος της θεραπευτικής αγωγής, τη στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος, κ.λπ.

Η βιοχημεία ενδιαφέρεται και εξετάζει τα διάφορα μόρια, νευροπεπτίδια, μεσολαβητές κ.λπ. που σχετίζονται με τον πόνο και το άγχος. Η ψυχολογία και η ψυχιατρική ασχολείται με τον ψυχογενή πόνο και τον ψυχογενή άγχος, τους ψυχικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες που παράγουν ή διαμορφώνουν την ένταση του πόνου και του άγχους που νιώθει ο άνθρωπος για την αισθητική του σώματός του. Η εμβιομηχανική και η εργονομία εξετάζουν τη στάση, τις κινήσεις και τις ασκούμενες δυνάμεις που προκαλούν ή επιδεινώνουν τον πόνο, το άγχος και τη νόσο. Η κλινική θεραπευτική ενδιαφέρεται κυρίως για τη φύση και τη θεραπεία της παθολογοανατομικής βλάβης που ευθύνεται για τον πόνο αλλά και την παρουσία του άγχους. Ο ασθενής τέλος έχει μια τελείως προσωπική άποψη, θεώρηση και «ερμηνεία» του πόνου και του άγχους αλλά και αγνοεί παντελώς όλα τα ανωτέρω.

Συμπερασματικά, μπορεί κάποιος να ισχυριστεί ότι σύμφωνα με τις κλασικές αντιλήψεις η παρουσία του πόνου και του άγχους οφείλεται σε οργανικά αίτια ή σε ψυχικά αίτια όπως η κατάθλιψη, η σωματοποίηση και η ψύχωση. Ακόμη υπάρχει ο λεγόμενος σωματόμορφος χρόνιος πόνος, στον οποίο δεν ανευρίσκεται καμία σαφής

αιτία παρά την επισταμένη αναζήτηση (με τους περιορισμούς των νεότερων προαναφερθέντων μελετών).

Γι' αυτόν τον λόγο, τον τελευταίο καιρό, αναπτύσσεται η παρουσία συσκευών με αρνητική πίεση προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα παραπάνω προβλήματα που αναφέρθηκαν. Επιπλέον, στην εργασία γίνεται αναφορά στις εναλλακτικές μορφές αισθητικής θεραπείας του σώματος.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο δίδεται μια εισαγωγική αναφορά για το θέμα που θα αναπτυχθεί μέσα στην εργασία αλλά και ο σκοπός της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο δίδονται αναλυτικά τα ανατομικά και φυσιολογικά στοιχεία του δέρματος. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη φύση του πόνου, προσδιορίζοντας και αναλύοντας την παθοφυσιολογία και την αιτιολογία του πόνου. Επίσης, γίνεται αναφορά στην μέτρηση, στην εκτίμηση και στην αντιμετώπιση του πόνου. Ενώ, παράλληλα, αναλύεται η στάση του ασθενή απέναντι στην παρουσία του πόνου στην καθημερινότητά του και ο τρόπος αντιμετώπισης του πόνου αλλά και το άγχος για την αισθητική του σώματος του με την χρήση της αρνητικής πίεσης. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται οι εναλλακτικές μορφές αντιμετώπισης του πόνου και του άγχους για την αισθητική του σώματος, βασιζόμενοι στην υγεία και στην αισθητική του σώματος. Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας δίδονται τα συμπεράσματα της εργασίας.

2.ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

2.1.Ανατομία και φυσιολογία του δέρματος

Το δέρμα αποτελεί ένα εκτεταμένο όργανο που επενδύει την εξωτερική επιφάνεια του σώματος. Η δομή του διαφέρει από θέση σε θέση, ανάλογα με τις εξειδικευμένες λειτουργίες που επιτελεί. Αυτές περιλαμβάνουν (Δαβάρης, 1999):

- Την προστασία από εξωτερικούς επιβλαβείς παράγοντες
- Τη θερμορρύθμιση
- Την εξυπηρέτηση των αισθήσεων (αφής, αίσθησης θερμού-ψυχρού, πίεσης, πόνου)
- Την έκκριση λιπιδίων με προστατευτική λειτουργία, κ.λπ.

2.1.1.Στοιχεία ανατομίας

Το δέρμα αποτελείται από δύο κύριες στιβάδες, την επιδερμίδα και τη δερμίδα, αλλά και από μια τρίτη, μεταβλητή στιβάδα, την υποδερμίδα. Η επιδερμίδα είναι επιφανειακή στιβάδα, σε άμεση επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον. Οι καταδύσεις της δημιουργούν τους ιδρωτοποιούς αδένες, τα τριχοθυλάκια και άλλα επιδερμικά εξαρτήματα. Η δερμίδα ή χόριο είναι η μεσαία στηρικτική στιβάδα, η οποία περιέχει τα εξαρτήματα, τα αγγεία, τα νεύρα και τις νευρικές απολήξεις, μέσα σε ένα ελαστικό κολλαγονώδες στρώμα από ινοβλάστες. Η υποδερμίδα ή υποδόριο είναι η βαθύτερη στιβάδα. Ποικίλλει σε μέγεθος και περιεχόμενο, αλλά κυρίως αποτελείται από λιπώδη ιστό (Δαβάρης, 1999).

ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Η επιδερμίδα αποτελεί την προστατευτική στιβάδα του δέρματος, που βρίσκεται σε επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον. Αποτελείται από πολύστιβο επιθήλιο, του οποίου η ελεύθερη επιφάνεια καλύπτεται από στενά διατεταγμένα και αποπλατυσμένα πέταλα πρωτεΐνης (κερατίνης), τα οποία σχηματίζουν μια ανθεκτική αδιάβροχη στιβάδα (κερατίνη στιβάδα). Η κερατίνη παράγεται από τα κερατινοκύτταρα, τα οποία συνιστούν τον κύριο τύπο των κυττάρων της επιδερμίδας. Η κερατίνη στιβάδα δεν είναι κυτταρική, αλλά αποτελείται αποκλειστικά από ενδοκυτταροπλαστικά υπολείμματα κερατίνης που εναποτίθενται στην επιφάνεια της επιδερμίδας, μετά το θάνατο των κερατινοκυττάρων που τα έχουν παράγει. Έτσι στο σχήμα κάθε πετάλου κερατίνης αποτυπώνει αδρά το σχήμα του κερατινοκυττάρου, από το οποίο προήλθε. Η κερατίνη στιβάδα, συνήθως, είναι λεπτή, αλλά σε σημεία που υφίστανται επανειλημμένη τριβή, όπως οι παλάμες και τα πέλματα, μπορεί να αποκτήσει σημαντικό πάχος. Η επιδερμίδα θεωρείται πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, αλλά στην πραγματικότητα μόνο οι δύο ή τρεις επιφανειακές στιβάδες της, προσεγγίζουν μια πλακώδη ή αποπλατυσμένη στερεοδιάταξη, ενώ τα κερατινοκύτταρα στις βαθύτερες στιβάδες είναι κυβοειδή ή πολυεδρικά. Τα επιφανειακά πέταλα κερατίνης, όπως και τα υποκείμενα αποπλατυσμένα νεκροβιωτικά κερατινοκύτταρα, είναι γνωστά ως φολίδες (λέπια), προερχόμενα από την ωρίμανση των υπολοίπων στιβάδων των κερατινοκυττάρων που αποτελούν την επιδερμίδα. Οι στιβάδες αυτές είναι η βασική, η ακανθωτή και η κοκκιώδης (Mckee and Du Vivier, 1997).

Βασική στιβάδα: Η βασική, αποτελεί τη βαθύτερη στιβάδα της επιδερμίδας και είναι υπεύθυνη για τη συνεχή παραγωγή των κερατινοκυττάρων. Τα κύτταρα της βασικής στιβάδας έχουν σχήμα κυλινδρικό και είναι προσκολλημένα στη βασική μεμβράνη με ημιδεσμοσώματα. Τα γειτονικά κύτταρα αυτής της στιβάδας συνδέονται μεταξύ τους με δεσμοσώματα. Τα βασικά κύτταρα έχουν στρογγυλούς ή ωοειδείς πυρήνες με ευδιάκριτα πυρήνια και το κυτταρόπλασμά τους είναι πλούσιο σε ριβοσώματα και μιτοχόνδρια. Σε μικρό βαθμό βρίσκονται τονοϊνίδια, καθώς και κοκκία μελανίνης και λυσοσώματα. Στα κύτταρα της βασικής στιβάδας παρατηρούνται μιτώσεις, ενώ ανάμεσα τους βρίσκονται διάσπαρτα μη

κερατινικότυτταρα, όπως μελανοκύτταρα και κύτταρα Merckell (Mckee and Du Vivier, 1997).

Ακανθωτή στιβάδα: Τα κερατινοκύτταρα, πάνω από τα βασικά κύτταρα, σχηματίζουν στιβάδες με ακανθωτά κύτταρα, τα οποία έχουν πολυεδρικό σχήμα με κεντρικό στρογγυλό πυρήνα και ροδόχροο κυτταρόπλασμα. Τα ακανθωτά κύτταρα βρίσκονται σε επαφή μεταξύ τους, με ένα σύστημα «μεσοκυττάρων γεφυρών» που σχηματίζονται από μικρές κυτταροπλαστικές αποφυάδες της κυτταρικής επιφάνειας και καταλήγουν σε συνάψεις δεσμοσωμάτων. Το κυτταρόπλασμα των ακανθωτών κυττάρων περιέχει πολλά τονοϊνίδια που συγκεντρώνονται, ειδικά στις κυτταροπλασματικές αποφυάδες, και κατευθύνονται στα δεσμοσώματα, είναι περισσότερα στις κυτταρικές στιβάδες κοντά στην κοκκιώδη στιβάδα. Τα κύτταρα της επιπολής στιβάδας των ακανθωτών κυττάρων είναι πιο αποπλατυσμένα από τα πολυεδρικά κύτταρα των εν τω βάθει στιβάδων. Τα στενά διάκενα μεταξύ των ακανθωτών κυττάρων καταλαμβάνονται, εν μέρει, από τις κυτταροπλαστικές προσεκβολές των μελανοκυττάρων και των κυττάρων του Langerhans (Mckee and Du Vivier, 1997).

Κοκκιώδης στιβάδα: Τα κοκκιώδη κερατινοκύτταρα περιέχουν μικρά ή ωοειδή βασίφιλα στρογγυλά σωμάτια (κοκκία κερατοϋαλίνης) που αποτελούνται από πρωτεϊνικό υλικό, το οποίο περιέχει άφθονα αμινοξέα πλούσια σε θείο (π.χ. κυστεΐνη). Περιέχουν, επίσης, άφθονα τονοϊνίδια και μικρά στρογγυλά πατελιώδη κερατινοσώματα ή σωμάτια Odland. Στην ανώτερη στιβάδα, το μεγαλύτερο μέρος του κυτταροπλάσματος των κοκκιωδών κερατινοκυττάρων αποτελείται από αθροίσεις κερατοϋαλίνης και στενά στιβαγμένα τονοϊνίδια, με λίγα κυτταροπλασματικά οργανίδια. Σε αυτό το επιδερμικό επίπεδο, τα κύτταρα είναι αποπλατυσμένα. Η νέκρωση του πυρήνα και του κυτταροπλάσματος δεν περιλαμβάνει την κερατοϋαλίνη και τα τονοϊνίδια, τα οποία ενώνονται και σχηματίζουν την κερατίνη της ακυτταρικής επιπολής στιβάδας, δηλαδή της κερατίνης στιβάδας. Τα κερατινοσώματα παράγουν ένα σύμπλοκο υδροφοβικού φωσφολιπιδίου, το οποίο απελευθερώνεται κατά τη νέκρωση των επιφανειακών κοκκιωδών κερατινοκυττάρων. Το υλικό αυτό δρα πιθανώς ως συγκολλητική ουσία των φολίδων (λεπίων) της κερατίνης. Το φωσφολιπίδιο καθιστά επίσης την επιφάνεια του δέρματος σχετικά αδιαπέραστη στο νερό. Αυτή η ουσία όμως απομακρύνεται σε παρατεταμένη διαβροχή του δέρματος,

επιτρέποντας τελικά την απορρόφηση νερού από την κερατίνη, η οποία έτσι διογκώνεται και μαλακώνει (Mckee and Du Vivier, 1997).

Δερμο-επιδερμική συμβολή

Η περιοχή στην οποία η δερμίδα (χόριο) συμβάλλει με την επιδερμίδα είναι σημαντική, λόγω του ότι «δένει» τις δύο αυτές στιβάδες μεταξύ τους. Η δομή αυτής της περιοχής συμβολής, που περιγράφεται στη συνέχεια, είναι τέτοια ώστε ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο δερμο-επιδερμικού διαχωρισμού από δυνάμεις τριβής. Δεσμευτικές ίνες συνδέουν τη δερμίδα και την επιδερμίδα με τη βασική μεμβράνη, η οποία παρεμβάλλεται ανάμεσά τους. Το τμήμα της κυτταρικής μεμβράνης κάθε βασικού κυττάρου, που στρέφεται προς τη βασική μεμβράνη, αλλά και η ίδια η βασική μεμβράνη, έχουν ελικοειδή διαμόρφωση. Υπάρχει ένα δίκτυο επιδερμικών ακρολοφιών (οι προς τη δερμίδα προσεκβολές της επιδερμίδας), που ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Σε προστατευόμενες θέσεις, όπου το δέρμα φυσιολογικά δεν εκτίθεται σε δυνάμεις τριβής (π.χ. στον κορμό), το δίκτυο των ακρολοφιών μόλις διακρίνεται, ενώ η δερμο-επιδερμική συμβολή εμφανίζεται επίπεδη. Αντίθετα, σε περιοχές που εκτίθενται σε δυνάμεις τριβής (π.χ. άκρα των δακτύλων, παλάμες και πέλματα), το σύστημα του δικτύου των επιδερμικών ακρολοφιών είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένο (Stevens and Lowe, 1993).

Επιδερμική ανανέωση

Η κερατίνη στην επιφάνεια του δέρματος αποπίπτει συνεχώς. Αυτό οφείλεται στη φυσιολογική φθορά του δέρματος, λόγω εφαρμογής δυνάμεων τριβής, πίεσης κ.λπ. στην επιφάνειά του. Για αυτό η κερατίνη αναπληρώνεται ανελλιπώς από την κοκκιώδη στιβάδα, η οποία με τη σειρά της επανακατοικείται αδιάκοπα από κύτταρα της ακανθωτής στιβάδας. Τα ακανθοκύτταρα παράγονται από τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα της βασικής στιβάδας. Η ανανέωση της επιδερμίδας, από τα βασικά κύτταρα έως την κερατίνη, η οποία συνεχώς αποπίπτει, ποικίλλει ανάλογα με την περιοχή. Έτσι είναι ταχύτερη (25-30 ημέρες) σε περιοχές συχνού τραυματισμού (π.χ. πέλματα), ενώ σε άλλες περιοχές είναι βραδύτερη (40-50 ημέρες). Ο χρόνος ανανέωσης της επιδερμίδας ελαττώνεται σημαντικά σε ορισμένα νοσήματα του δέρματος και ειδικά στην ψωρίαση (Stevens and Lowe, 1993).

ΔΕΡΜΙΔΑ Ή ΧΟΡΙΟ

Η δερμίδα αποτελεί τον στηρικτικό ιστό της επιδερμίδας, μέσα στην οποία βρίσκονται τα εξαρτήματα του δέρματος, τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία και τα νεύρα. Η δερμίδα αποτελείται από (Mckee and Du Vivier, 1997):

- Ινοβλάστες, ινοκύτταρα και τα εξωκυττάρια προϊόντα τους
- Κολλαγόνες και δικτυωτές ίνες
- Εξωκυττάρια θεμέλια ουσία με γλυκοζαμινογλυκάνες
- Αιμοφόρα αγγεία
- Μικρό αριθμό μακροφάγων, λεμφοκυττάρων και σιτευτικών κυττάρων.

Αναγνωρίζονται δύο χαρακτηριστικές ζώνες: η άνω στενή θηλώδης δερμίδα (θηλώδες χόριο), που είναι κοντά στη δερμοεπιδερμική συμβολή και η παχύτερη δικτυωτή δερμίδα (δικτυωτό χόριο), μεταξύ της θηλώδους ζώνης και του υποδόριου λιπώδους ιστού. Η δικτυωτή δερμίδα αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα της δερμίδας. Αποτελείται από εμφανείς πυκνές δεσμίδες κολλαγόνων ινών με παρεμβαλλόμενες επιμήκεις ελαστικές ίνες, που συνήθως έχουν παράλληλη πορεία προς την επιφάνεια του δέρματος. Μέσα στον ιστό αυτό βρίσκονται αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία, όπως και νεύρα. Η θηλώδης δερμίδα είναι αραιοχρωματιστή σε σχέση με τη δικτυωτή και περιέχει λιγότερο κολλαγόνο και ελαστίνη, αλλά περισσότερη θεμέλια ουσία. Οι λεπτές κολλαγόνες και ελαστικές ίνες έχουν μάλλον τυχαία διάταξη, αλλά αρκετές από αυτές είναι κάθετες προς την επιφάνεια του δέρματος. Η θηλώδης δερμίδα περιέχει τριχοειδικά αγγεία, λεπτούς νευρικούς κλάδους και νευρικές απολήξεις (Mckee and Du Vivier, 1997)

Αγγείωση

Η κυριότερη παροχή αίματος στο δέρμα βρίσκεται στη δερμίδα, προερχόμενη από τα μεγαλύτερα αγγεία του υποδόριου ιστού. Αναγνωρίζονται δύο χαρακτηριστικά πλέγματα (Stevens and Lowe, 1993):

- Ένα βαθύ αγγειακό πλέγμα, στην κατώτερη δικτυωτή δερμίδα, κοντά στο όριο μεταξύ αυτής και υποδόριου ιστού

- Ένα επιφανειακό αγγειακό πλέγμα, στην άνω δικτυωτή δερμίδα, κοντά στη συμβολή της με τη θηλώδη δερμίδα.

Αγκύλες μικρών αγγείων από το επιφανειακό αγγειακό πλέγμα κατευθύνονται προς τη θηλώδη δερμίδα, με μικρά τριχοειδικά αγγεία τοποθετημένα κοντά στη βασική μεμβράνη της επιδερμίδας. Τα αγγεία δεν διαπερνούν την επιδερμίδα. Η δερμίδα περιέχει πολλές αρτηριοφλεβώδεις αναστομώσεις που περιλαμβάνουν πολύπλοκες εξειδικευμένες δομές, τα σπειροειδή σωμάτια, τα οποία βρίσκονται κυρίως στα άκρα των δακτύλων. Η μεταβλητότητα της ροής του αίματος στη δερμίδα είναι σημαντική, όσον αφορά τη λειτουργία του δέρματος ως θερμορυθμιστικού οργάνου. Τα εξαρτήματα του δέρματος αγγειώνονται από κλάδους των αγγείων, τα οποία συνδέουν τα βαθύτερα με τα επιφανειακότερα αγγειακά πλέγματα (Stevens and Lowe, 1993).

Νεύρωση

Το νευρικό δίκτυο του δέρματος βρίσκεται στη δερμίδα και αποτελείται από (Stevens and Lowe, 1993):

- Ένα πλούσιο αμύελο δίκτυο, προερχόμενο από το συμπαθητικό αυτόνομο νευρικό σύστημα, το οποίο ελέγχει τη λειτουργία των δερματικών εξαρτημάτων, όπως και την αιματική αγγειακή ροή.
- Ένα προσαγωγό εμμύελο και ένα άλλο αμύελο σύστημα, που αποτελούν τους υποδοχείς της δερματικής αίσθησης.

Η δερματική αίσθηση οφείλεται σε έναν αριθμό εξειδικευμένων και μη, νευρικών απολήξεων (Stevens and Lowe, 1993):

- Οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις είναι άφθονες (εμμύελες και αμύελες) και αποτελούν τους υποδοχείς του πόνου (όπως και της παραλλαγής του, του κνησμού) και της θερμότητας.
- Τα σωμάτια του Pacini αποτελούνται από νευρικές απολήξεις που περιβάλλονται από κάψα, έχουν μια χαρακτηριστική δομή και αποτελούν υποδοχείς της πίεσης και πιθανόν της δόνησης. Είναι τοποθετημένα συνήθως βαθιά στη δερμίδα ή στο υποδόριο λίπος των παλαμών και των πελμάτων.

- Τα σωμάτια του Meissner είναι νευρικές απολήξεις με χαρακτηριστική δομή, που βρίσκονται στη θηλώδη δερμίδα. Είναι πιο άφθονα στα πόδια και τα χέρια και αποτελούν υποδοχείς της αφής.
- Τα κύτταρα του Merkel και οι νευρικές τους συνδέσεις αποτελούν υποδοχείς, οι οποίοι μετατρέπουν το αισθητικό ερέθισμα της αφής.

Τροποποιήσεις

Η δερμίδα ποικίλει σε πάχος και περιεχόμενο και είναι δυνατόν να περιέχει δεσμίδες λείου μυός, όπως για παράδειγμα οι μυϊκές δεσμίδες γύρω από τη θηλή του μαστού. Στο πρόσωπο, ένα μέρος των σκελετικών μυϊκών που είναι υπεύθυνες για τις μιμικές εκφράσεις, βρίσκεται βαθιά στη δερμίδα (Stevens and Lowe, 1993).

ΥΠΟΔΟΡΙΟΣ ΙΣΤΟΣ

Στον υποδόριο ιστό επεκτείνεται συνήθως διάφορα εξαρτήματα του δέρματος, όπως για παράδειγμα (Mckee and Du Vivier, 1997):

- Τα κατώτερα τμήματα των επιμηκυσμένων τριχοθυλακίων, στο τριχωτό δέρμα της κεφαλής
- Μερικοί αποκρινείς και εκκρινείς αδένες.

Ο υποδόριος ιστός αποτελείται, στο μεγαλύτερο μέρος του, από λιποκύτταρα που χωρίζονται από ινοκολλαγονώδη διαφράγματα και περιέχει τα κύρια αιμοφόρα αγγεία και νεύρα, με τα οποία εφοδιάζεται η υπερκείμενη δερμίδα. Αυτός ο ιστός λειτουργεί ως θερμομονωτικό υλικό, ως διαμέρισμα αποθήκευσης θρεπτικών ουσιών και ως απορροφητικό των δονήσεων υλικό (Mckee and Du Vivier, 1997).

2.1.2.Στοιχεία φυσιολογίας

Οι λειτουργίες του δέρματος είναι πολυάριθμες και συνδέονται μεταξύ τους. Διαχωρίζονται σε (Mckee and Du Vivier, 1997):

ΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Στο δέρμα υπάρχουν άφθονοι ιδρωτοποιοί και σμηγματογόνοι αδένες. Ακριβώς χάρη στην έκκριση του ιδρώτα αποβάλλονται οι τοξικές ουσίες από τον οργανισμό, ενώ το σμήγμα, εξαιτίας της αυξημένης οξύτητας του και της περιεκτικότητάς του σε ένζυμα προστατεύει ικανοποιητικά τον οργανισμό από τα βακτηρίδια που εντοπίζονται στην επιφάνεια του δέρματος.

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η κερατίνη στοιβάδα προστατεύει το δέρμα από τραυματισμούς, από τα βακτηρίδια και τις διάφορες χημικές ουσίες (εμποδίζοντας τη διείσδυσή τους) και τέλος από τις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου με τα κοκκία της μελανίνης.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗΣ

Στο επίπεδο της επιδερμίδας βρίσκεται η κύρια πηγή σχηματισμού της βιταμίνης D, που παράγεται από την επίδραση των ηλιακών ακτινών που δρουν πάνω σε μια πρόδρομη της βιταμίνης D ουσίας που λέγεται «εργοστερόλη».

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ

Η λειτουργία αυτή επιτελείται από τον ιδρώτα που, αφού συλλεχθεί στο δέρμα και εξατμιστεί, απορροφάει θερμότητα από το σώμα, επιτρέποντάς του έτσι να διατηρεί σταθερή τη θερμοκρασία του. Στη διατήρηση σταθερής της θερμοκρασίας του σώματος συμμετέχουν και οι τρίχες. Η ανόρθωση των τριχών, που είναι γνωστή σαν «ανατριχίλα», εγκλωβίζει μεταξύ της μιας τρίχας και της άλλης πολλά μικρομόρια αέρα, δημιουργώντας ένα στρώμα θερμού αέρα μεταξύ σώματος και εξωτερικού περιβάλλοντος.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ

Ενώ το νερό δεν απορροφάται, παρά μόνο σε περίπτωση παρατεταμένης παραμονής σε αυτό, οι λιποδιαλυτές ουσίες, αντίθετα, απορροφώνται. Πάνω σε αυτήν την ικανότητα του δέρματος στηρίζεται η χορήγηση πολλών φαρμάκων σε μορφή δερματικών αλοιφών.

ΤΟ ΔΕΡΜΑ ΣΑΝ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΟ

Στο επίπεδο του δέρματος τα νεύρα καταλήγουν σε πολυάριθμες ίνες που, με τη σειρά τους αποτελούν την αρχή ειδικών επιφανειακών σχηματισμών που ονομάζονται «σωματίδια». Αυτά λειτουργούν σαν πραγματικοί δέκτες της αφής, της πίεσης, του άλγους και της θερμότητας.

2.2. Κολλαγόνο και ελαστίνη

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω το χόριο είναι η στιβάδα που στηρίζει την επιδερμίδα. Αποτελείται από ινώδες στοιχείο (κολλαγόνο και ελαστίνη) και από τη λεγόμενη βασική ουσία. Στο χόριο ανευρίσκονται τα εξαρτήματα του δέρματος, τα αιμοφόρα αγγεία και τα νεύρα, καθώς και κυτταρικά στοιχεία, τα οποία συνίστανται σε ινοβλάστες και διάφορα φλεγμονώδη κύτταρα. Χωρίζεται σε δύο τμήματα: το θηλώδες χόριο και το δικτυωτό χόριο. Το θηλώδες χόριο συνδέεται προς τα άνω με την επιδερμίδα, προς τα πλάγια με τις επιδερμидικές καταλήξεις και προς τα κάτω με το δικτυωτό χόριο και το επιφανειακό αγγειακό πλέγμα (Δαβάρης, 1999).

Κολλαγόνο (Collagen)

Το κολλαγόνο προσφέρει τη δομική σταθερότητα της επιδερμίδας. Στο θηλώδες χόριο αποτελείται από λεπτές περίπλοκα διατεταγμένες ίνες, ενώ στο δικτυωτό χόριο διαπιστώνεται η ύπαρξη δεσμίδων, που αποτελούνται από κολλαγόνες ίνες, οι οποίες διατάσσονται παράλληλα προς την επιφάνεια της επιδερμίδας. Στα ριβοσωμάτια των ινοβλαστών σχηματίζεται η στοιχειώδης υπομονάδα του κολλαγόνου, το μονομερές τροποκολλαγόνο, το οποίο διαθέτει μοριακό βάρος περίπου 300.000 και συνίσταται από τρεις πεπτιδικές αλυσίδες. Κάθε αλυσίδα έχει ελικοειδή δομή και οι τρεις αλυσίδες αλληλοδιαπλέκονται για να σχηματίσουν ένα κοινό ελικοειδές μόριο. Η δομική σταθερότητα του κολλαγόνου αυξάνεται από διασταυρούμενες συνδέσεις μέσα στο μεγάλο μέγεθος μόριο όπου συνδέονται τα πλάγια ή οι άκρες των αλυσίδων μεταξύ τους. Έτσι δημιουργείται μια αφάνταστα ισχυρή ινώδης δομική κατασκευή. Το κολλαγόνο χαρακτηριστικά περιέχει τα αμινοξέα υδροξυπρολίνη και υδροξυλυσίνη (Mckee and Du Vivier, 1997).

Το κολλαγόνο δεν θεωρείται μια ομοιογενής οντότητα, αλλά αποτελείται από υποτύπους γενετικά καθορισμένους ανάλογα με τη μορφολογία, τη σύνθεση των αμινοξέων και τις φυσικές ιδιότητες. Στο χόριο, το κολλαγόνο είναι τύπου I, που θεωρείται και ο πιο κοινός τύπος, ενώ οι λεπτές ίνες του κολλαγόνου του δικτυωτού χορίου (ρετικουλίνη) είναι τύπου III. Όταν εξεταστούν επιμήκεις τομές κολλαγόνου στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, διαπιστώνεται ότι οι ίνες εμφανίζουν αλληλοδιαπλοκή (Mckee and Du Vivier, 1997).

Ελαστικός ιστός (Elastic tissue)

Οι ελαστικές ίνες συνδέονται στενά με το κολλαγόνο. Δεν είναι δυνατό να διακρίνονται με τη χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης αλλά με μια σειρά ειδικών τεχνικών, όπως για παράδειγμα η χρώση Van Gieson. Στο θηλώδες τμήμα του χορίου, οι ελαστικές ίνες είναι λεπτές, καθώς διατάσσονται, σχηματίζουν γωνίες με την επιφάνεια του δέρματος, ενώ στο δικτυωτό χόριο εμφανίζονται παχύτερες και έχουν τάση παράλληλης διάταξης σε σχέση με την επιφάνεια του δέρματος. Όπως και το κολλαγόνο, οι ελαστικές ίνες παράγονται από τους ινοβλάστες. Ο ελαστικός ιστός αποτελείται από ένα άμορφο, πυκνό στοιχείο, την ελαστίνη, στην οποία διεισδύουν μικροϊνίδια. Ο ελαστικός ιστός χαρακτηρίζεται από την παρουσία των αμινοξέων δεσμοσίνης και ισοδεσμοσίνης. Οι ελαστικές ίνες ευθύνονται για την ελαστικότητα του δέρματος και παράλληλα πιστεύεται ότι είναι αυτές που προσφέρουν, σε συνδυασμό με τη βασική ουσία, τη δυνατότητα αποφυγής υπερέκτασης (Stevens and Lowe, 1993).

Βασική ουσία του χορίου (Ground substance)

Πρόκειται για ένα ακόμη προϊόν των ινοβλαστών που είναι υπεύθυνο, σε μεγάλο ποσοστό, για τον όγκο του χορίου. Δεν μπορεί να διακριθεί με τις συνήθεις χρωστικές, αλλά θεωρείται ότι αναδεικνύεται με χρώσεις. Η βασική ουσία του χορίου δεν είναι απλά μια άμορφη μάζα στην οποία διεισδύουν τα ινώδη στοιχεία, αλλά θα πρέπει να υπολογίζεται σαν μια ουσία τύπου γέλης που ευρίσκεται σε στενή χημική σχέση με τις κολλαγόνες και ελαστικές ίνες. Συνίσταται από μεγάλες ποσότητες νερού και από βλεννοπολυσακχαρίτες, όπως το υαλουρονικό οξύ, ηθειϊκή 4-χονδροϊτίνη και ηθειϊκή δερματάνη (Stevens and Lowe, 1993).

3.ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ / ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ

3.1.Ορισμός του πόνου

Ως «πόνος» ορίζεται η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη. Όμως, για κάθε ξεχωριστό άτομο, ο πόνος δεν είναι παρά ένα δυσάρεστο οδυνηρό αίσθημα. Πρόκειται για υποκειμενικό αίσθημα το οποίο μαθαίνει κανείς βάσει των προσωπικών του εμπειριών από νωρίς στην ζωή. Όμως για τον γιατρό ο πόνος δεν υφίσταται παρά μόνο όταν του το πει ο ασθενής. Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα με έντονα προσωπικά χαρακτηριστικά. Επίσης είναι δυνατόν να απορροφήσει τη σκέψη του ατόμου να επηρεάσει τις δραστηριότητές του και να αλλάξει όλη τη ζωή του. Και για αυτόν τον λόγο κρίνεται αναγκαία η παρουσία συσκευών με αρνητική πίεση που θα δώσουν λύση στο παραπάνω πρόβλημα (Arena and Blanchard, 2001; Ευαγγελάτος & Βαϊόπουλος, 2008).

Ο Διεθνής Οργανισμός Μελέτης του Πόνου, δίνει τον ακόλουθο ορισμό για τον πόνο, ο οποίος και έχει επικρατήσει ευρέως: μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με υπάρχουσα ή ενδεχόμενη ιστική βλάβη και εκφράζεται με όρους που υποδηλώνουν το χαρακτήρα και την έκταση της βλάβης. Ο ορισμός αυτός, υποδηλώνει ότι ο πόνος αποτελεί απλώς μια σωματική εμπειρία και δεν καταφέρνει να αποδώσει πλήρως τις συνέπειες που προκαλεί το επίμονο άλγος. Η αντίδραση στον πόνο είναι κατ' ορισμό υποκειμενική. Για το λόγω αυτό ο ορισμός της McCaffery θεωρείται από κλινικής απόψεως καλύτερος και τυγχάνει γενικότερης αποδοχής. Σύμφωνα με τον Hunter, η εμπειρία του πόνου βιώνετε διαφορετικά από άτομο σε άτομο, λόγω τριών χαρακτηριστικών:

- Την ένταση της γενεσιουργού αιτία
- Την προηγούμενη εμπειρία σε παρόμοιο συμβάν
- Την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου

Μελέτες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υποστηρίζουν ότι η διευθέτηση του πόνου έχει επιτευχθεί σε ποσοστό πάνω από το 90% των ασθενών. Ο κάθε πόνος και ιδιαίτερα ο χρόνιος, επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής, όχι μόνο του πάσχοντα αλλά και της οικογένειας και γενικότερα του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και συναναστρέφεται. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να υπολογιστεί ο περιορισμός που θέτει συχνά το αίσθημα του πόνου στην κοινωνική ζωή, τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του (Daut et al, 2004; Καλλιστράτος, 2004).

Στην καθημερινή ζωή αγγίζοντας κρύα ή ζεστά αντικείμενα, δεχόμενοι πίεση από έντονο ερέθισμα, τσίμπημα, οι άνθρωποι έχουν πολλαπλές ευκαιρίες να αντιληφθούν τι σημαίνει φυσιολογικός πόνος και να εκτιμήσουν τις δυνατότητες ανοχής τους σε αυτόν. Ο παθολογικός πόνος είναι η αίσθηση που προκαλείται είτε από μια φλεγμονώδη αντίδραση που συνοδεύει ιστικό τραύμα, είτε από βλάβη του νευρικού συστήματος. Γι' αυτό διακρίνεται σε φλεγμονώδη και νευρολογικό. Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, έχουν ενδιαφέροντα κοινά χαρακτηριστικά που τους διακρίνουν από το νευρολογικό πόνο. Ο πόνος μπορεί να συμβεί κατά την απουσία εμφανούς ερεθίσματος, ενώ η απάντηση σε ερέθισμα μεγαλύτερου ουδού μπορεί να είναι υπερβολική ως προς το μέγεθος ή τη διάρκεια του ερεθίσματος. Η ουδός για την πρόκληση του πόνου ελαττώνεται σε επίπεδα, που φυσιολογικά ένα αβλαβές ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει πόνο. Επίσης, η αίσθηση του πόνου μπορεί να επεκταθεί από το σημείο του τραύματος σε μη τραυματισμένη περιοχή. Τέλος, μπορεί να δημιουργηθούν παθολογικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του συμπαθητικού και το σωματοαισθητικού συστήματος. Κατά τον παθολογικό πόνο διακόπτεται η εκλεκτικότητα ή εξειδίκευση του σωματοαισθητικού συστήματος και παρατηρείται δυσαρμονία μεταξύ ερεθίσματος και απάντησης. Το ερέθισμα δεν προκαλεί αντίστοιχη απάντηση. Δεν υπάρχει «κατάλληλο ερέθισμα». Ο πόνος μπορεί να προκληθεί από ασήμαντο ερέθισμα, να είναι έντονος και εξαιρετικά παρατεταμένος. Υπάρχουν όμως και δευτερεύοντα σημεία που χαρακτηρίζουν τον πόνο. Μερικά από αυτά είναι τα εξής (Eccleston, 2001; Παπουτσόπουλος, 2004):

- **Σωματικό άλγος**, το οποίο εμφανίζεται στα οστά, στους μύες, στους τένοντες, στα αγγεία και συχνά αναφέρεται ως μυοσκελετικός πόνος. Συνήθως είναι οξύς και καλά εντοπισμένος. Μπορεί να αναπαραχθεί με την παύση ή μετακίνηση της πάσχουσας περιοχής και τις περισσότερες φορές έχει μακρύτερη διάρκεια.

- *Δερματικό άλγος*, το οποίο οφείλεται σε κακώσεις του δέρματος ή των επιφανειακών ιστών και συνήθως είναι καλά περιγραφόμενος, εντοπιζόμενος πόνος μικρής διάρκειας.
- *Σπλαχνικό άλγος*, το οποίο προέρχεται από εσωτερικά όργανα στις κοιλότητες του σώματος όπως ο θώρακας (καρδιά και πνεύμονες), η κοιλιακή κοιλότητα (ήπαρ, σπλήνας, έντερα) και πύελος (ωοθήκες, ουροδόχος κύστη, μήτρα). Είναι περισσότερο βύθιος, ασαφής και συχνά δύσκολο να εντοπισθεί. Ακόμη είναι μακρύτερης διάρκειας και μερικές φορές με μορφή κολικού ή κράμπας.
- *Άλγος μικτής αιτιολογίας*. Σε αυτό τον τύπο πόνου εμπλέκονται τόσο μηχανισμοί διέγερσης των αλγοϋποδοχέων όσο και νευροπαθητικοί. Για παράδειγμα σε ασθενείς με καρκίνο, ο πόνος μπορεί να οφείλεται στην πρόκληση φλεγμονής στους ιστούς που περιβάλλουν τον όγκο όπου με την σειρά της να προκαλεί τον εγκλωβισμό του νεύρου. Η χρόνια οσφυαλγία επίσης μπορεί να έχει μικτή αιτιολογία. Οφείλεται συχνά σε συνδυασμό ερεθισμού των αλγοϋποδοχέων και νευροπαθητικών μηχανισμών.
- *Νευροπαθητικό άλγος*. Ο τύπος αυτός του πόνου ακολουθεί την πρόκληση βλάβης στο περιφερικό ή κεντρικό νευρικό σύστημα. Δεν εμπλέκονται ειδικοί υποδοχείς και ο πόνος δημιουργείται από την δυσλειτουργία των νευρικών κυττάρων. Στην περίπτωση του νευρικού άλγους, ο πόνος δημιουργείται μέσα στο ίδιο το νευρικό σύστημα. Στην περίπτωση του αποκαλούμενου «συμπαθητικού» άλγους, ο πόνος οφείλεται στην υπερλειτουργία περιφερικών ή και κεντρικών νευρικών μηχανισμών.

3.2.Παθοφυσιολογία και αιτιολογία του πόνου

3.2.1.Φυσιολογία-μηχανισμοί του πόνου

Στη διεργασία του πόνου διακρίνονται τρία στοιχεία (Collins et al, 1997; Dennis and Herta, 2006):

- **Αποδοχή ερεθίσματος:** Η παραγωγή του αλγεινού ερεθίσματος πραγματοποιείται από τη διέγερση των ελεύθερων αισθητικών νευρικών απολήξεων, μεταφέρεται στις οπίσθιες ρίζες του νωτιαίου μυελού και από εκεί μέσω τριών νευρώνων καταλήγει στο φλοιό του εγκεφάλου, όπου βρίσκεται το κέντρο του πόνου και γίνεται η αντίληψή του.

- **Αντίληψη του πόνου:** Αποτελεί την ερμηνεία της εμπειρίας του πόνου, που δίνει ο εγκέφαλος από τη στιγμή που το άτομο αρχίζει να τον αισθάνεται. Για να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου απαιτείται η ακεραιότητα της λειτουργικής ικανότητας του μετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου. Η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται από διάφορους φυσιολογικούς, παθολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες δρώντας είτε ευεργετικά (η ψυχοσωματική υγεία, οι προηγούμενες εμπειρίες πόνου, ο ευχάριστος οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος και οι δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του ατόμου), είτε ανασταλτικά (το άγχος, ο φόβος και η κόπωση).

- **Αντίδραση στον πόνο:** Πρόκειται για μια πολύπλοκη διεργασία, κατά την οποία το ίδιο ερέθισμα διαφέρει όχι μόνο από άτομο σε άτομο αλλά και στο ίδιο άτομο από τη μια στιγμή στην άλλη. Όπως στην αντίληψη, έτσι και στην αντίδραση κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του τρόπο και αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η προσωπικότητα, το θρησκευτικό πιστεύω, τη στάση ζωής, και τα όρια ανοχής του.

3.2.2.Αιτιολογία του πόνου

Ο πόνος αποτελείται από δυο βασικά στοιχεία. Αρχικά από την αντίληψη του επώδυνου ερεθίσματος, το οποίο προϋποθέτει ακεραιότητα του εγκεφαλικού φλοιού. Ακόμη σ' αυτήν οφείλεται η εκτίμηση της έντασης, της ποιότητας, της προέλευσης και της διάρκειας του πόνου. Επίσης αποτελείται από την απάντηση στο επώδυνο ερέθισμα, το οποίο εκφράζεται άμεσα μέσω των απαγωγών νεύρων του κινητικού συστήματος όπως είναι η ομιλία και η κίνηση, καθώς και του αυτόνομου συστήματος όπως είναι η καρδιά, τα αγγεία και τα σπλάχνα. Ακόμη η απάντηση με εκούσια κίνηση προϋποθέτει επικοινωνία με το φλοιό. Έπειτα η απάντηση με ακούσια κίνηση

φανερώνει επικοινωνία με κατώτερα κέντρα και δεν απαιτεί αντίληψη του ερεθίσματος. Τέλος, η απουσία απάντησης εξ αιτίας μυϊκής παράλυσης ή και αποκλεισμού του συμπαθητικού, δεν προδικάζει την αναλγησία, αλλά μια από τις πιο δραματικές καταστάσεις (Brattberg et al, 1989; Haythorn, 2006).

Συνοπτικά τα αίτια του πόνου είναι τα εξής: οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, χαμηλή οσφυαλγία, αποτυχημένη χειρουργική επέμβαση, κατάγματα και οστεοπόρωση και πόνος εξαιτίας της διέγερσης των αλγοϋποδοχέων. Στην τελευταία περίπτωση οι υποδοχείς αποκαλούμενοι αλγοϋποδοχείς παίζουν κεντρικό ρόλο. Οι αλγοϋποδοχείς είναι υποδοχείς των αισθητικών νευρώνων που ανευρίσκονται στο δέρμα ή τους βλεννογόνους των εσωτερικών οργάνων. Πόνος δημιουργείται όταν οι υποδοχείς αυτοί ενεργοποιούνται από δυναμικά καταστροφικά ερεθίσματα. Διαφορετικά είδη αλγοϋποδοχέων αντιλαμβάνονται διαφορετικά είδη ερεθισμάτων (Crombez, et al, 1999; Price and Pierre, 2006):

- Θερμικοί αλγοϋποδοχείς που ενεργοποιούνται από επιβλαβή επίπεδα ψύχους ή θερμοκρασίας
- Μηχανικοί αλγοϋποδοχείς που αντιλαμβάνονται την υπερβολική πίεση ή παραμόρφωση.
- Χημικοί αλγοϋποδοχείς που είναι ευαίσθητοι σε χημικές ουσίες.

Η αντίληψη του άλγους επίσης συμβαίνει όταν οι αλγοϋποδοχείς ενεργοποιούνται και μεταδίδουν ερεθίσματα διαμέσω αισθητικών νευρώνων στο νωτιαίο μυελό. Τα ερεθίσματα ταξινομούνται στον υποθάλαμο, το τμήμα του εγκεφάλου όπου σχηματοποιείται η αντίληψη του πόνου. Από τον θάλαμο το ερέθισμα μεταφέρεται σε άλλα τμήματα του εγκεφάλου οπότε και το άτομο αντιλαμβάνεται πλήρως τον πόνο. Ωστόσο δεν υπάρχει ένας παθοφυσιολογικός μηχανισμός υπεύθυνος για την πρόκληση του πόνου. Ο φυσιολογικός πόνος προκαλείται από ενεργοποίηση υποδοχέων υψηλού ουδού ερεθίσματος οι οποίοι βρίσκονται στην περιφέρεια και από τους οποίους το ερέθισμα μέσω του νωτιαίου μυελού ακολουθώντας ορισμένες ανιούσες οδούς, μεταφέρεται στον εγκέφαλο. Αντίθετα ο παθολογικός πόνος φαίνεται ότι προκαλείται από διαταραχές του σωματοαισθητικού συστήματος, οι οποίες μπορεί να προκληθούν από διάφορες καταστάσεις. Η διάκριση μεταξύ «διαφορετικών τύπων» πόνου δεν είναι απόλυτη. Σε

μερικές καταστάσεις παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ τους. Για παράδειγμα ο φυσιολογικός πόνος που προκαλείται από κάποιο αβλαβές ερέθισμα μπορεί να μεταβληθεί σε φλεγμονώδη πόνο και αυτός αντίστοιχα σε νευρολογικό. Το νευρικό σύστημα έχει μια δυνατότητα διαφοροποίησης η οποία είτε το προσαρμόζει προς τις μεταβολές «adaptive plasticity», είτε διακόπτει την φυσιολογική λειτουργία του «maladaptive plasticity» και δημιουργεί παθολογική κατάσταση του πόνου. Διακρίνουμε τέσσερις κατηγορίες μεταβολών του νευρικού συστήματος οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν πόνο (Crook et al, 1999; Von Korff et al, 2003):

- 1.περιφερική ευαισθητοποίηση των πρωταρχικών προσαγωγών οδών
- 2.κεντρική ευαισθητοποίηση των νευρώνων των οπισθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού
- 3.παθολογικές ιδιότητες κεντρικών κυκλωμάτων
- 4.μόνιμες μεταβολές στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

3.2.3.Είδη του πόνου

Διακρίνουμε τα εξής είδη του πόνου (Lawrence and Gerard, 2003; Ντίγκα, 2004):

- **Σωματικός:** Προκαλείται από φλεγμονή, θερμότητα, πίεση, τραυματισμούς, χημικά ερεθίσματα και ξένα σώματα. Μεταβιβάζεται κυρίως μέσω του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Ο σωματικός πόνος παρουσιάζει σαφή εντόπιση και συνήθως επιδεικνύεται με το δάκτυλο του ασθενή. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως οξύς, έντονος και διαξιφιστικός «σαν μαχαιριά». Επιδεινώνεται με τη μετακίνηση, το βήχα, τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις και τη βάδιση και για το λόγο αυτό ο ασθενής προσπαθεί να μένει ακίνητος.
- **Σπλαχνικός:** Προκαλείται από σπασμό, έλξη, διάταση και ισχαιμία. Μεταβιβάζεται μέσω του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ). Ο σπλαχνικός πόνος παρουσιάζει ασαφή εντόπιση και επιδεικνύεται με την παλάμη του ασθενή. Είναι συνήθως βύθιος, αμβλύς και διάχυτος, δηλαδή επεκτείνεται από το σημείο της

βλάβης σε μεγαλύτερη περιοχή του σώματος. Σε αντίθεση με τον σωματικό, ο σπλαχνικός πόνος δεν επιδεινώνεται από τις κινήσεις, ενώ ο ασθενής είναι ανήσυχος και αλλάζει συχνά θέση.

- **Αντανεκλαστικός:** Είναι συνήθως φαινόμενο του σπλαχνικού πόνου, ο οποίος όμως εντοπίζεται σε άλλη περιοχή του σώματος, σε ικανή απόσταση από το πάσχον όργανο. Κλασικό παράδειγμα είναι ο πόνος του εμφράγματος του μυοκαρδίου που αντανεκλά πίσω από το στήρνο, κάτω σιαγόνα, αριστερό ώμο και βραχίονα.
- **Πόνος μέλος φάντασμα:** Εμφανίζεται μετά από ακρωτηριασμό άκρου. Είναι επίμονος και μπορεί να διαρκέσει από μήνες έως και χρόνια, μετά την ίαση της τραυματικής επιφάνειας του κολοβώματος. Αποδίδεται σε ψυχολογικά αίτια.

3.2.4.Χαρακτηριστικά του πόνου

Ο πόνος διακρίνεται σε δύο διαφορετικούς κύριους τύπους: τον ταχύ πόνο και το βραδύ πόνο. Ο ταχύς πόνος εμφανίζεται σε 0,1 sec μετά την εφαρμογή αλγογόνου ερεθίσματος, ενώ ο βραδύς πόνος αρχίζει να γίνεται αισθητός μετά από 1 sec ή και περισσότερο και στη συνέχεια η έντασή του αυξάνεται βραδέως για πολλά δευτερόλεπτα, και σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και για αρκετά λεπτά. Ο ταχύς πόνος από πολλούς περιγράφεται επίσης και ως οξύς πόνος, νυγμώδης πόνος, ηλεκτρικός πόνος κλπ. Ο πόνος αυτού του τύπου γίνεται αισθητός με την εισαγωγή βελόνας στο δέρμα, είτε κατά την τομή του δέρματος με μαχαίρι, καθώς και σε οξύ έγκαυμα του δέρματος. Αισθητός γίνεται επίσης κατά την επίδραση στο δέρμα ηλεκτρικού ρεύματος. Ο ταχύς πόνος δεν γίνεται αισθητός από τους περισσότερους εν τω βάθει ιστούς του σώματος. Ο βραδύς πόνος αναφέρεται επίσης με διάφορα ονόματα όπως καυστικός πόνος, βύθιος πόνος, σφύζων πόνος, χρόνιος πόνος κλπ. Ο πόνος αυτού του τύπου συνήθως συσχετίζεται με καταστροφή ιστών. Μπορεί να καθίσταται βασανιστικός και να οδηγεί σε μακροχρόνια ανυπόφορη απελπιστική αγωνία. Μπορεί να προέρχεται τόσο από το δέρμα όσο και από οποιονδήποτε εν τω βάθει ιστό είτε και όργανο (Guyton and Hall, 2001; Κόιος, 2003).

3.3. Μέτρηση - εκτίμηση του πόνου και αρνητική πίεση

3.3.1. Μέτρηση του πόνου

Αντικειμενική μέθοδος μέτρησης του πόνου δεν υπάρχει. Οι κλίμακες πόνου επινοήθηκαν και χρησιμεύουν για τη μέτρηση της έντασης και της διάρκειας του πόνου και στο βαθμό που ο πόνος επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς. Για αυτό το σκοπό χρησιμοποιούνται αριθμητικές κλίμακες εικόνες, χρώματα, ή πολλαπλές ερωτήσεις. Παρακάτω περιγράφονται εν συντομία οι συχνότερες μέθοδοι μέτρησης πόνου (Greasley et al, 2001; Dennis and Herta, 2006):

Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analog Scale)

Χρησιμοποιείται μια ευθεία γραμμή συνήθως 10 εκ. μήκους, οριζόντια ή κάθετη, από 0 εκ. (=καθόλου πόνος) έως 10 εκ. (=ο χειρότερος δυνατός πόνος). Ο ασθενής εντοπίζει πάνω στη γραμμή την ένταση του πόνου του ή το βαθμό δυσάρεσκειας που του προκαλεί. Η ερώτηση που απευθύνεται στον ασθενή πρέπει να είναι συγκεκριμένη επειδή ο πόνος εμφανίζει διακυμάνσεις, δηλαδή «κατά μέσο όρο την τελευταία εβδομάδα» ή «ο πιο έντονος πόνος το τελευταίο 24ωρο» ή και «στις υφέσεις τα επώδυνα ενοχλήματα σε πιο βαθμό επιμένουν». Είναι για το γενικό γιατρό εύχρηστη, απλή, ευαίσθητη και αξιόπιστη σε συνδυασμό με άλλες κλίμακες μέτρηση πόνου.

Αριθμητική Κλίμακα πόνου (Numerical Rating Scale)

Ο ασθενής υπολογίζει την ένταση του πόνου του σε μια κλίμακα από 0-10 ή 0-20 ή 0-100. Το μηδέν αντιστοιχεί το σημείο που δεν υπάρχει πόνος και το μέγιστο στο χειρότερο δυνατό πόνο.

Κλίμακα λέξεων (Verbal Rating Scale)

Χρησιμοποιούνται λίστες λέξεων από τις οποίες ο ασθενής επιλέγει αυτές που περιγράφουν καλύτερα την ένταση του πόνου του. Χρησιμοποιούνται από τέσσερις

έως εφτά συγκεκριμένες περιγραφές (π.χ. μέτριος, ενοχλητικός, βασανιστικός, φοβερός ή αβάστακτος πόνος). Όσο περισσότερες είναι οι δυνατές επιλογές, τόσο πιο ευαίσθητη είναι η μέθοδος. Προϋπόθεση είναι η καλή κατανόηση του λόγου.

Κλίμακα της γενικής εντύπωσης του ασθενούς περί βελτίωσης (Patient Global Impression of Change Scale)

Η θεραπεία του πόνου είναι σύνθετη και στόχο έχει τη βελτίωση της συνολικής εικόνας του ασθενούς. Στην κλίμακα αυτή ο ασθενής περιγράφει τη βελτίωσή του από την έναρξη της θεραπείας με έναν βαθμό που αντιστοιχεί σε πολύ μεγάλη βελτίωση, καμία μεταβολή ή σημαντική επιδείνωση. Η κλίμακα μπορεί να είναι οπτική, αριθμητική ή κλίμακα λέξεων. Κλινικά σημαντική θεωρείται μια μεταβολή άνω των 2εκ. στα 10εκ. της οπτικής κλίμακας ή 2 βαθμών στους 10 στην αριθμητική κλίμακα.

Ερωτηματολόγιο MPQ (McGill Pain Questionnaire)

Η πολυδιάστατη επίδραση του πόνου στον ασθενή έχει μελετηθεί εκτεταμένα με το ερωτηματολόγιο του McGill. Η εκτεταμένη του μορφή (long form - MPQ) περιλαμβάνει εβδομήντα οχτώ παραμέτρους και ο ασθενής καλείται να βαθμολογήσει καθεμία από αυτές. Η σύντομη μορφή (short form - MPQ) περιλαμβάνει τις δεκαπέντε πιο εύχρηστες παραμέτρους. Τέλος βαθμολογείται η ένταση του πόνου κατά την παρούσα χρονική περίοδο (0-6). Είναι ευαίσθητη κλίμακα που αποκαλύπτει ικανοποιητικά τα οφέλη μιας εφαρμοζόμενης θεραπευτικής παρέμβασης. Χρησιμοποιείται από ειδικούς ή σε μελέτες.

Πολυδιάστατη απογραφή του πόνου (Multidimensional Pain Inventory, MMPI)

Προσεγγίζει τις συμπεριφορικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του χρόνιου πόνου. Έχει εξαιρετικές ψυχομετρικές ιδιότητες και η αξία του έχει επιβεβαιωθεί σε πολλές έρευνες για το χρόνιο πόνο, αλλά και στην καθημερινή κλινική πράξη αποτελεί σημαντικό βοήθημα. Η αξιοπιστία του είναι μεγαλύτερη από τα ερωτηματολόγια McGill. Χρησιμοποιείται από ειδικούς ή σε μελέτες.

Ερωτηματολόγιο για το νευροπαθητικό πόνο (Douleur Neuropathetique 4 Questions)

Χρησιμεύει στη διάκριση ανάμεσα στο νευροπαθητικό και μη-νευροπαθητικό πόνο. Περιέχει ερωτήσεις που αφορούν την περιγραφή του πόνου, την εμφάνιση παραισθησίας/δυσαισθησίας εντός της επώδυνης περιοχής, την ύπαρξη αισθητικού ελλείμματος και τον προκλητό πόνο. Οι απαντήσεις είναι θετικές ή αρνητικές. Εφαρμόστηκε σε γαλλικές έρευνες και απέδειξε καλή αξιοπιστία.

Εκτίμηση νευροπαθητικών συμπτωμάτων και σημείων του Leeds (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs)

Αγγλική έκδοση για τη διάκριση νευροπαθητικού και μη-νευροπαθητικού πόνου. Βαθμολογούνται πέντε τύποι πόνου: θερμικός, δυσαισθητικός, παροξυσμικός, προκλητός και η αυτόνομη δυσλειτουργία.

Ερωτηματολόγιο νευροπαθητικού πόνου (Neuropathic Pain Questionnaire)

Χρησιμεύει επίσης στη διάκριση της μορφής του πόνου, αλλά και στην παρακολούθηση των συμπτωμάτων. Ο πόνος διακρίνεται σε οχτώ κατηγορίες: καυστικός, υπερβολική ευαισθησία στην αφή, διαξιφιστικός, αιμωδίας, ηλεκτρικός, νηγμώδης, συσφικτικός και αίσθηση ψύχους. Ο ασθενής βαθμολογεί τον πόνο ως δυσάρεστο ή ανυπόφορο και καλείται να συσχετίσει την αιτία του πόνου με την αφή ή την αλλαγή του καιρού. Η ευαισθησία και η αξιοπιστία της μεθόδου είναι μέτριες.

Ψυχοφυσιολογικές μετρήσεις: Ο ασθενής περιγράφει και βαθμολογεί το υποκειμενικό αίσθημα που του προ- καλεί ένα ερέθισμα το οποίο εφαρμόζει ο γιατρός. Το όργανο που χρησιμοποιεί ο γιατρός για το ερέθισμα παίζει κρίσιμο ρόλο (π.χ. αλγόμετρο, τρίχες Von Frey, θερμά-ψυχρά ερεθίσματα). Γίνεται σύγκριση μεταξύ πάσχουσας και μη πάσχουσας περιοχής. Εφαρμόζεται για την εκτίμηση της αλλοδυνίας και για την εκτίμηση του οδού του πόνου.

Θεραπεία νευροπαθητικού πόνου: Η αιτιολογική θεραπεία του πόνου διαμορφώθηκε σε πραγματική επιστήμη τα τελευταία σαράντα χρόνια. Σήμερα μπορούμε σε αρκετές περιπτώσεις να θεραπεύσουμε, να μετριάσουμε, ή να διακόψουμε τον πόνο με τη χορήγηση ειδικών φαρμάκων ή άλλων θεραπευτικών

μέσων, όπως νευρολυτικών ουσιών, διαδερμικού νευροερεθισμού υψίσυχνου ρεύματος, κρυοπηξίας κ.λπ.

3.3.2.Εκτίμηση του πόνου

Σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικάνικης Εταιρείας Πόνου που εκδόθηκαν τον Ιούνιο του 2006, κατά την εκτίμηση του πόνου θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να έχουν στο μυαλό τους τα παρακάτω στοιχεία (Dennis and Herta, 2006; Price and Pierre, 2006; Haythorn, 2006):

- Το βασικό στοιχείο για την εκτίμηση του πόνου είναι η εκτίμηση του ίδιου του ασθενή, η οποία πρέπει να γίνεται πάντα αποδεκτή και όταν ο ασθενής δεν έχει δυνατότητα επικοινωνίας να χρησιμοποιούνται μέθοδοι εκτίμησης συμπεριφοράς ή/και φυσιολογικές παράμετροι.
- Ο πόνος θα πρέπει να εκτιμάται κατά την ηρεμία και την κίνηση.
- Η εκτίμηση του πόνου θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με τη σοβαρότητα του πόνου και τη βαρύτητα της επέμβασης.
- Η επανεκτίμηση του πόνου θα πρέπει επίσης να γίνεται σε κάθε νέα αναφορά πόνου και μετά από κάθε θεραπευτική παρέμβαση αφήνοντας να περάσει κατάλληλο χρονικό διάστημα (τριάντα λεπτά μετά από παρεντερική χορήγηση αναλγητικού και μία ώρα μετά από χορήγηση από το στόμα).
- Είναι βασικό να καταγράφεται κάθε εκτίμηση στην κάρτα του ασθενή.
- Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στις ανάγκες ιδιαίτερων πληθυσμών με προβληματική επικοινωνία (παιδιά, διανοητική στέρηση, προβλήματα ακοής, διαφορετική γλώσσα) προκειμένου να χρησιμοποιούνται ειδικά για αυτούς εργαλεία εκτίμησης.

3.3.3.Αρνητική πίεση και θεραπεία τραυμάτων

Τα τελευταία χρόνια, η θεραπεία τραυμάτων με αρνητική πίεση (NPWT) έχει προκαλέσει επανάσταση όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι κλινικοί γιατροί αντιμετωπίζουν μια ευρεία γκάμα τραυμάτων. Το NPWT είναι μια μηχανική

θεραπεία αντιμετώπισης των τραυμάτων η οποία χρησιμοποιεί ελεγχόμενη αρνητική πίεση προκειμένου να βοηθήσει και να επιταχύνει την επούλωση των τραυμάτων (Paglinawan, 2008).

Το NPWT έχει περιγραφεί για χρήση κατά αντιμετώπιση πολλών διαφορετικών κλινικών συνθηκών. Τραύματα που είναι δυνατόν να ωφεληθούν από την θεραπεία με αρνητική πίεση είναι τα εξής (Paglinawan, 2008):

- Έλκη Πίεσης μερικού/πλήρους πάχους
- Χειρουργικά τραύματα που έχουν υποστεί σχάση
- Φλεβώδη έλκη ποδιών
- Μετά-χειρουργικά τραύματα
- Αποστράγγιση και αντιμετώπιση ρινικού κόλπου
- Τραυματικές πληγές
- Προεγχειρητικά μοσχεύματα
- Νεκρωτική
- Εγκαύματα

Υπάρχουν πολλά κλινικά οφέλη που σχετίζονται με την χρήση της θεραπείας με αρνητική πίεση, τα οποία περιλαμβάνουν (Paglinawan, 2008):

- Αφαίρεση υγρού και οιδήματος
- Βοήθεια την σύσπαση τραυμάτων
- Διέγερση της κοκκοποίησης του ιστού
- Προστασία από εξωτερικά στοιχεία μόλυνσης
- Αύξηση της αγγειακής έγχυσης
- Μείωση της βιοεπιβάρυνσης του τραύματος
- Αναδιάρθρωση του συνδετικού πλαισίου
- Ενθάρρυνση της ωρίμανσης των επιθηλιακών κυττάρων
- Διατήρηση ενός υγρού περιβάλλοντος επούλωσης.

3.4. Ψυχολογικές επιπτώσεις του χρόνιου πόνου και αρνητική πίεση

Ως χρόνιο πόνο μπορούμε να ορίσουμε τον πόνο που διαρκεί 3 μήνες ή περισσότερο και αλλάζει την ποιότητα ζωής του ασθενή. Ο χρόνιος πόνος συνήθως έχει συνεχή διάρκεια ή εμφανίζεται κάποιες στιγμές για να θυμίσει στον ασθενή ότι αποτελεί μέρος της ζωής του και τον εγκαταλείπει μέχρι την επόμενη φορά που θα τον επισκεφθεί. Ο χρόνιος πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που αναπτύσσεται μετά από κάποια επέμβαση ή ασθένεια. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η εμφάνιση του σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να οφείλεται σε ψυχοσωματικούς παράγοντες. Μπορεί να υπάρξει σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος ανάλογα με την αιτία εμφάνισης και η ένταση του κυμαίνεται από το ελάχιστο ως το έντονο και ανυπόφορο αίσθημα πόνου. Ο καθένας μπορεί να υποφέρει από χρόνο πόνο, αλλά κυρίως συναντάτε σε ηλικιακά μεγάλους ανθρώπους ως συνέπεια συνοσυρότητας άλλων χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης ή η χρόνια οστεοαρθρίτιδα. Αναλυτικά, αναφέρουμε τα εξής (Farrar et al, 2000; Farrar et al, 2001; Dennis and Herta, 2006):

Αιτίες του χρόνιου πόνου

Οι αιτίες εμφάνισης του χρόνιου πόνου δεν είναι ξεκάθαρες. Παρ' όλα αυτά, έχει παρατηρηθεί ότι ο πονοκέφαλος, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, το εγκεφαλικό επεισόδιο, η αρθρίτιδα και ο πόνος φάντασμα μέλους είναι ορισμένες ασθένειες που ενισχύουν την εμφάνιση του. Επίσης συχνά συναντάμε το ενδεχόμενο ο χρόνιος πόνος να είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών ασθενειών όπως του άγχους, της κατάθλιψης ή κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής αλλά και ψυχολογικών αιτιών όπως της στεναχώριας, της συναισθηματικής πίεσης ή έντασης, των διαπροσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων. Ακόμη ένας σημαντικός παράγοντας ενίσχυσης του χρόνιου πόνου είναι το κάπνισμα αφού η νικοτίνη μειώνει την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής αφήνοντας τον πόνο αγιάτρευτο. Τέλος, έρευνες έχουν αποδείξει ότι ο τρόπος ζωής και ιδιαίτερα το διατροφικό πρόγραμμα, καθώς και η έλλειψη άσκησης, η χρήση τοξικών ουσιών ή αλκοόλ, η συστηματική υπερδραστηριότητα, το ιστορικό σωματικής, σεξουαλικής ή συναισθηματικής κακοποίησης συμβάλουν και ενισχύουν την εμφάνιση του χρόνιου πόνου.

Εκδήλωση της καταθλιπτικής διαταραχής

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το άτομο υποφέρει από χρόνιο πόνο και ο χρόνιος πόνος με την σειρά του οδηγεί το άτομο σε μείωση της λειτουργικότητας του. Ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη όρεξη, η οποία καταλήγει σε αδυναμία και έλλειψη δραστηριοποίησης. Επιθυμεί να κοιμάται κατά την διάρκεια της ημέρας επειδή ο πόνος εμποδίζει την φυσιολογική διαδικασία του ύπνου τις βραδινές ώρες, με αποτέλεσμα να απομονώνεται από το κοινωνικό περιβάλλον εξαιτίας της αυξημένης ανάγκης για ξεκούραση. Ενώ, το μυϊκό σύστημα επιβαρύνεται πολλαπλασιάζοντας τις πιθανότητες να εμφανιστούν μολύνσεις ή ασθένειες στον οργανισμό του. Όμως, το πιο σημαντικό από όλα είναι ότι ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής εξαιτίας της χρόνιας διάρκειας του πόνου. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, για να μπορέσουμε να συσχετίσουμε τον χρόνιο πόνο με την εμφάνιση κατάθλιψης, ο ασθενής οφείλει να πληροί τα ακόλουθα κριτήρια διάγνωσης για τουλάχιστον δύο εβδομάδες και να αναφέρει οπωσδήποτε αλλαγή στην ποιότητα ζωής του. Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής μετά την εμφάνιση του χρόνιου πόνου αισθάνεται θλίψη, αδυναμία, κενό, εμφανίζει έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, δεν έχει όρεξη να φάει και να κοιμηθεί, πιστεύει ότι δεν θα καταφέρει να αντιμετωπίσει τον πόνο του, νιώθει κουρασμένος, αδυνατεί να σκεφθεί, δεν συγκεντρώνεται και ίσως να σκέφτεται τον θάνατο ως λύτρωση από τον βασανιστικό και ανυπόφορο πόνο.

Κατά συνέπεια, ο ασθενής νιώθει φόβο για το μέλλον του και είναι συναισθηματικά επηρεασμένος εξαιτίας της ανικανότητας του να ελέγξει την ένταση και την διάρκεια του πόνου, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη πνευματική, σωματική, κοινωνική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής. Σκέψεις και συναισθήματα που επηρεάζουν την λειτουργικότητα του και είναι ικανά να τον βοηθήσουν ώστε να μην επιθυμεί να ακολουθήσει το καθημερινό του πρόγραμμα, όπως να πάει στην δουλειά, στο σχολείο, σε συγκεντρώσεις φίλων ή να συμμετάσχει σε ευχάριστες δραστηριότητες. Και είναι ανθρώπινο να αισθάνεται κατά αυτό τον τρόπο γιατί η χρονιότητα του πόνου επηρεάζει αρνητικά την διάθεση, μειώνει την ποιότητα ζωής, αφαιρεί την ικανότητα ελέγχου των καθημερινών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, αλλοιώνει την πνευματική και σωματική λειτουργία του, ενισχύει τον ασθενή να παρουσιάσει μειωμένη αυτό-εκτίμηση, σύγχυση για την πορεία της κοινωνικής ζωής και θυμό για την επιδείνωση της υγείας του.

Αγχώδης διαταραχή εξαιτίας του χρόνιου πόνου

Αντίθετα με την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής και σύμφωνα με το DSM-IV-TR, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ο πάσχων από χρόνιο πόνο νιώθει ανησυχία ή αυξημένο άγχος τις περισσότερες ημέρες μιας περιόδου τουλάχιστον έξι μηνών και αδυνατεί να ελέγξει την συγκεκριμένη ανησυχία. Το αίσθημα άγχους και η ανησυχία που νιώθει συνδέονται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα όπως νευρικότητα, εύκολη κόπωση, δυσκολία στην συγκέντρωση, ευεριθιστότητα, μυϊκή τάση, διαταραχή στην ποιότητα ή την διατήρηση του ύπνου. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ασθενή με αποτέλεσμα να εμφανίζει έκπτωση στις κοινωνικές, επαγγελματικές και διαπροσωπικές περιοχές της καθημερινότητας του. Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής υποφέρει από αγχώδη διαταραχή η οποία εκδηλώθηκε εξαιτίας του χρόνιου πόνου. Πέρα από τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR, ερευνητές έχουν συμπεράνει ότι πολλοί πάσχοντες από χρόνιο πόνο αναφέρουν άγχος που εστιάζεται κυρίως στην αδυναμία τους να ελέγξουν την ένταση του πόνου και ιδιαίτερα στην ανικανότητα τους να προβλέψουν μια επόμενη κρίση πόνου.

Συμπερασματικά, υποστηρίζεται ότι ο χρόνιος πόνος ευθύνεται τόσο για την πυροδότηση της καταθλιπτικής όσο και της αγχώδους διαταραχής και κρίνεται αναγκαία η παρουσία θεραπευτικών μεθόδων, όπως για παράδειγμα την αποτελεσματική χρήση της αρνητικής πίεσης.

3.5. Εκτίμηση του πόνου από τον ασθενή και αρνητική πίεση

Η εμπειρία του πόνου και οι συνέπειες του για τον άνθρωπο έχουν συζητηθεί και αναλυθεί στα πλαίσια διαφόρων επιστημονικών μελετών. Το φαινόμενο της αίσθησης του πόνου έχει παρατηρηθεί και εξηγηθεί μέσα από διάφορες προσεγγίσεις. Συγκεκριμένοι ερευνητές έχουν εστιάσει περισσότερο στις συμπεριφορές που προκύπτουν από την εμπειρία του πόνου και έχουν μιλήσει για τον πόνο ως ένα συναισθηματικό φαινόμενο που οδηγεί σε συμπεριφορές διαφυγής ή αποφυγής, ενώ κάποιοι άλλοι έχουν εστιάσει περισσότερο στις οργανικές διαστάσεις του πόνου.

Ωστόσο, επειδή η εμπειρία του πόνου περιλαμβάνει τόσο οργανικούς παράγοντες όσο και ψυχολογικούς, θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την απουσία ευεξίας σε σωματικό, συναισθηματικό ή διανοητικό επίπεδο ή μια ενόχληση που κυμαίνεται από την ήπια δυσφορία ή την ελαφρά ανησυχία έως την οξεία ή αφόρητη αγωνία και το μαρτύριο. Ενδέχεται να είναι γενικευμένος και διάχυτος ή να εντοπίζεται σε συγκεκριμένο σημείο και είναι απόρροια ενός σωματικού ή ψυχικού τραύματος. Συνήθως προκαλεί την επιθυμία αποφυγής, διαφυγής ή εξάλειψης του αιτιολογικού παράγοντα που τον προκαλεί, αλλά και των συνεπειών του (Vlaeyen and Linton, 2000; Dennis and Herta, 2006).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο πόνος μπορεί να διαφοροποιηθεί ανάλογα με την διάρκεια του σε οξύ και χρόνια. Ένας πόνος μπορεί να χαρακτηριστεί οξύ όταν αυτός είναι προσωρινός (λιγότερο από έξι μήνες). Στις περιπτώσεις όπου η αίσθηση του πόνου επιμένει και αργεί να υποχωρήσει ο πόνος θεωρείται χρόνιος (περισσότερο από 6 μήνες). Ένας οξύς πόνος, ο οποίος συνεχίζει να υφίσταται πέρα από ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα μπορεί να χαρακτηριστεί ως χρόνιος. Ο «χρόνιος υποτροπιάζων πόνος» δεν αποτελεί απειλή για τον πάσχοντα, περιλαμβάνει περιόδους με επεισόδια έντονου πόνου και περιόδους όπου παρατηρείται υποχώρηση της αίσθησης του πόνου (π.χ. νευραλγία). Ο «χρόνιος ανθεκτικός μη προοδευτικός πόνος» παρουσιάζει μια σταθερή πορεία αλλά δεν σηματοδοτεί ένα πρόβλημα υγείας το οποίο εξελίσσεται σταδιακά. Ο «χρόνιος κλιμακούμενος πόνος» δημιουργεί μια διαρκή αίσθηση πόνου και η ένταση του σταδιακά αυξάνεται όσο επιδεινώνεται το πρόβλημα υγείας που το προκαλεί. Γεγονός είναι ότι τόσο ο οξύς όσο και ο χρόνιος πόνος δημιουργούν συναισθήματα άγχους και δυσφορίας στο άτομο (Tunks and Marskey, 2001).

Ένας ασθενής που γνωρίζει ότι το αίσθημα πόνου που βιώνει θα συνεχίσει να το βιώνει για μήνες ή χρόνια ενδέχεται να αισθανθεί αποθάρρυνση, απογοήτευση και σε κάποιες περιπτώσεις απελπισία, ακόμα και αν γνωρίζει τους τρόπους αντιμετώπισης. Οι περισσότεροι ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο «αγκιστρώνονται» στο σωματικό αυτό πρόβλημα και διαμορφώνουν την καθημερινότητά τους σύμφωνα με αυτό. Συχνά, παραιτούνται από δραστηριότητες που τους ευχαριστούν ή περιορίζουν την κοινωνική τους ζωή. Έχει αποδειχθεί, μέσα από επιστημονικές μελέτες, ότι το 20 με 50% των ασθενών με πρόβλημα χρόνιου πόνου παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης και αγχωτικής διαταραχής. Στην

εκδήλωση των συναισθηματικών διαταραχών συμβάλουν συγκεκριμένοι παράγοντες όπως ο τρόπος που ο ασθενής αντιλαμβάνεται το πρόβλημα υγείας που βιώνει (πεποιθήσεις), ο τρόπος που επιλέγει να το διαχειριστεί (συμπεριφορές), η αντιμετώπιση του προβλήματος από το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο του ασθενή (οικογένεια και φίλοι), η προσωπικότητα του ασθενή, η ηλικία του ασθενή και η παρουσία συναισθηματικών διαταραχών πριν από την εμφάνιση του προβλήματος υγείας (Dennis and Herta, 2006).

Οι πεποιθήσεις του ασθενή για την υγεία του διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στην προσαρμογή του στο χρόνιο πόνο. Ο ασθενής που υποφέρει από χρόνιο πόνο συχνά αποφεύγει συνηθισμένες δραστηριότητες από φόβο για περαιτέρω τραυματισμό ή αυξανόμενο πόνο. Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν την εργασία, τις κοινωνικές δραστηριότητες ή τα χόμπι. Καθώς ο ασθενής αποσύρεται όλο και περισσότερο, η φυσική του κατάσταση μειώνεται (Von Korff et al, 2003).

Παράλληλα, με την παραίτηση του από συνήθειες δραστηριότητες και βιώνοντας τον πόνο ο ασθενής αναπτύσσει αρνητικές πεποιθήσεις για την εμπειρία του πόνου του. Η στάση και η συμπεριφορά της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος του πάσχοντα είναι ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα που επηρεάζει τον τρόπο που ο ασθενής βιώνει το πρόβλημα υγείας του. Η ενδεχόμενη τάση κάποιων προσώπων από το οικογενειακό περιβάλλον να αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως «μόνιμα ανίκανο» ή ως «μη αυτόνομο και αυτάρκη», όχι μόνο δε βοηθάει το άτομο να προσαρμοστεί στο πρόβλημα υγείας αλλά ενισχύει την εμμονή του με αυτό και την αποθάρρυνση του να το διαχειριστεί. Το αποτέλεσμα θα είναι το άτομο να εγκλωβιστεί στον «ρόλο του αρρώστου» που του αποδίδεται και να προβάλει την αδυναμία αυτή ως δικαιολογία για την μη συμμετοχή του στους διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής (Von Korff et al, 2003).

Τα τελευταία χρόνια, η θεραπεία του πόνου με αρνητική πίεση έχει προκαλέσει επανάσταση όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι κλινικοί γιατροί αντιμετωπίζουν μια ευρεία γκάμα τραυμάτων που προκαλούν τον πόνο. Η θεραπεία του πόνου με αρνητική πίεση είναι μια μηχανική θεραπεία αντιμετώπισης των τραυμάτων, η οποία χρησιμοποιεί ελεγχόμενη αρνητική πίεση προκειμένου να βοηθήσει και να επιταχύνει την επούλωση των τραυμάτων και παράλληλα του πόνου

που αισθάνεται ο ασθενής, καθώς ο πόνος τον επηρεάζει αρνητικά και σε ψυχολογικό επίπεδο.

3.6. Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του πόνου

Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της αντιμετώπισης του πόνου περιλαμβάνει τους εξής τρεις τομείς: εκτίμηση του πόνου, θεραπευτική στρατηγική και συνεχής φροντίδα. Συγκεκριμένα (Haythorn, 2006):

Εκτίμηση του πόνου:

Η εκτίμηση του πόνου είναι ένα ζωτικής σημασίας προκαταρκτικό βήμα στη διαδικασία της ικανοποιητικής αντιμετώπισης του πόνου. Περιλαμβάνει την κατανόηση όχι μόνο των φυσικών αλλά και των ψυχολογικών, πνευματικών, διαπροσωπικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που συνθέτουν τον «ολικό πόνο» του αρρώστου. Η ευθύνη αυτής της εκτίμησης εναπόκειται πρωταρχικά στο γιατρό. Τα κύρια βήματα για την κλινική εκτίμηση του πόνου περιγράφονται στη συνέχεια. Η αγνόησή τους αποτελεί βασική αιτία λαθεμένης διάγνωσης και ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου.

1^ο βήμα: Αποδοχή των αιτιάσεων του ασθενούς αναφορικά με τον πόνο

2^ο βήμα: Εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς

Για την εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς, πρέπει να προσδιοριστεί ο περιορισμός της δραστηριότητας που επιβάλλεται από τον πόνο, η ακριβής διάρκεια ήρεμου ύπνου και ο βαθμός ανακούφισης που είχε επιτευχθεί από προηγούμενη φαρμακευτική θεραπεία ή αναλγητικές επεμβάσεις. Ο χαρακτηρισμός του πόνου ως ήπιου, μέτριου ή ισχυρού παρέχει μία βάση για την εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακευτικής θεραπείας. Οι επίσημες κλίμακες πόνου μπορεί να αποδειχθούν βοηθητικές, αλλά δεν είναι ουσιαστικής σημασίας. Ο καθορισμός της έντασης του πόνου μπορεί να βοηθηθεί από την υποβολή ερωτήσεων προς τον ασθενή, με τις οποίες θα επιζητείται η συσχέτιση του παρόντος πόνου με προηγούμενες εμπειρίες, όπως για παράδειγμα, με πονόδοντους, με τον πόνο του τοκετού, με μετεγχειρητικούς πόνους ή με μυϊκές κράμπες.

3^ο βήμα: Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς

Οι πληροφορίες σχετικά με προηγούμενες νόσους, με τον παρόν επίπεδο άγχους και κατάθλιψης, με τάσεις αυτοκαταστροφής, καθώς και με το βαθμό της λειτουργική ανικανότητας βοηθούν στον καθορισμό ομάδων ασθενών, οι οποίοι ενδεχομένως χρειάζονται μια ειδικότερη ψυχολογική υποστήριξη. Κατάθλιψη παρατηρείται συνήθως στο 25% των ασθενών. Άλλα συνήθη ψυχιατρικά σύνδρομα απαντώνται, επίσης, στους ασθενείς που υποφέρουν από πόνο. Ο καθορισμός ατών των συνδρόμων είναι ένα σημαντικό μέρος της συνολικής εκτίμησης της εικόνας του ασθενούς.

4^ο βήμα: Λεπτομερές ιστορικό αναφορικά με τον πόνο

5^ο βήμα: Προσεκτική φυσική εξέταση

Στην εκτίμηση του ασθενούς, ένα λεπτομερές ιστορικό και μία προσεκτική φυσική εξέταση ίσως αποδειχθούν αρκετά για τον προσδιορισμό των αιτιών του πόνου και για την ευκολότερη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

6^ο βήμα: Οδηγίες και προσωπική επίβλεψη για την εφαρμογή της απαιτούμενης διαγνωστικής διερεύνησης

Διαγνωστική διερεύνηση απαιτείται σε περιπτώσεις που υπάρχει αμφιβολία σχετικά με τα αίτια του πόνου. Αν, στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, δεν αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο της εφαρμογής σχετικής θεραπείας, ο ρόλος της διαγνωστικής διερεύνησης είναι περιορισμένος. Η θεραπεία με αναλγητικά φάρμακα, ακόμα και κατά τη διάρκεια της διερεύνησης των αιτιών του πόνου, συχνά, βελτιώνει σημαντικά τη δυνατότητα συμμετοχής του ασθενούς στις απαραίτητες διαγνωστικές διαδικασίες. Δεν υπάρχει καμία ένδειξη που να υποστηρίζει τη διακοπή της χορήγησης των αναλγητικών, κατά τη διάρκεια της διερεύνησης των αιτιών του πόνου. Η αντιμετώπιση του πόνου δεν αποκρύπτει τη διάγνωση των αιτιών του.

7^ο βήμα: Θεώρηση εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου κατά τη διάρκεια της αρχικής εκτίμησης

Αν και η φαρμακευτική θεραπεία είναι το κύριο μέσο για την αντιμετώπιση του πόνου, διάφορες εναλλακτικές μέθοδοι προσφέρουν, σε ορισμένες μορφές, σημαντική ανακούφιση, οι οποίες θα αναφερθούν παρακάτω.

8^ο βήμα: Εκτίμηση του βαθμού ελέγχου του πόνου μετά την έναρξη της θεραπείας

Στους ασθενείς που παρουσιάζουν ανταπόκριση στη θεραπεία μικρότερη από την αναμενόμενη ή σε εκείνους που παρατηρείται έξαρση του πόνου, είναι αναγκαία η επανεκτίμηση των αιτιών του πόνου καθώς και της θεραπευτικής στρατηγικής.

3.7.Αρνητική πίεση και θεραπεία σώματος

Για τη θεραπεία του σώματος από τον πόνο αλλά και θέματος αισθητικής χρησιμοποιούνται συσκευές αρνητικής πίεσης που προσφέρουν μασάζ σε όλο το σώμα. Η προσφυγή στις μαλάξεις για θεραπευτικούς λόγους ή και για αισθητικούς λόγους ή χαλάρωσης, λέγεται «μαλαξοθεραπεία» ή μασάζ από τη γαλλική λέξη *masser* (μαλάζω). Πρόκειται για μια σωματική θεραπεία που συνίσταται σε ένα σύνολο κινήσεων διάφορων και διαφορετικών εντάσεων που εφαρμόζονται σε μια περιοχή ή σε όλο το σώμα. Η μαλαξοθεραπεία μπορεί να έχει μια πρωταρχική θεραπευτική αξία, αλλά τώρα πλέον καταφεύγουν σ' αυτήν όλο και πιο συχνά όχι μόνο οι αθλητές, για την τόνωση και χαλάρωση των μυών, αλλά και άτομα που χωρίς να είναι ιδιαίτερα αθλητές έχουν ανάγκη από μια ψυχοσωματική χαλάρωση που η μαλαξοθεραπεία προσφέρει στον οργανισμό. Η μαλαξοθεραπεία με αρνητική πίεση, πράγματι, δεν δρα μόνο πάνω στους μυς αλλά και σε όλους τους ιστούς και σε διάφορες λειτουργίες ολόκληρου του οργανισμού (Αλεξιάτου-Hassan, 2009).

Ιδιαίτερα, ωφελούνται: το δέρμα που μαλακώνει και τροφοδοτείται με αίμα (υπεραιμία), ο υποδόριος ιστός, που η καλύτερη κυκλοφορία του αίματος επιτρέπει μια ευκολότερη απορρόφηση οιδημάτων και εξογκωμάτων, οι μύες που αποκτούν μεγαλύτερη ελαστικότητα, συσταλτικότητα και μέγεθος, οι τένοντες που χαλαρώνουν, οι αρθρώσεις που με τη μαλαξοθεραπεία, σύμφωνα με τις ανάγκες, χαλαρώνουν και δυναμώνουν, η κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου που ευνοούνται και επιταχύνονται, η γαστρική έκκριση και η περισταλτική συστολή που βοηθούνται με τις κατάλληλες κοιλιακές μαλάξεις. Σχετικά με τη θεραπευτική της αξία, η μαλαξοθεραπεία με αρνητική πίεση υποδεικνύεται ιδιαίτερα στις τραυματικές

μυϊκές, αρθρωτικές παθήσεις του νευρικού συστήματος και του πεπτικού συστήματος, καθώς και σε πάρα πολλές περιπτώσεις όπου χρειάζεται η κινητική επανεκπαίδευση των άκρων ή άλλων μερών του σώματος. Όπως και να είναι όμως (θεραπεία αληθινή, αθλητική μαλαζοθεραπεία ή αισθητική) δεν επιτρέπεται να αποτεινόμαστε σε «πρακτικούς». Η αναγκαία εγγύηση προσφέρεται μόνο από τα μαλαζοθεραπευτικά ινστιτούτα, όπου εργάζονται όχι μόνο ειδικευμένοι αλλά και νομικά αποδεκτοί και ικανοί επαγγελματίες. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατή και η αυτομαλαζοθεραπεία, με τον όρο όμως να ακολουθούνται σωστά οι λίγες και απλές κινήσεις που προβλέπονται (Αλεξιάτου-Hassan, 2009; Pacaud και συν., 2009).

Για θεραπευτικούς σκοπούς, όμως, χρειάζεται ν' απευθυνθεί κάποιος πάντα και μόνο στο ειδικευμένο προσωπικό, περιοριζόμενοι στις συνταγές ή και στις απλές υποδείξεις αισθητικού ιατρού. Πολλά ινστιτούτα, εξάλλου, είναι ενσωματωμένα σε νοσοκομεία. Σχετικά με τα μέσα που χρησιμοποιούνται στη μαλαζοθεραπεία, αν αυτά είναι τα χέρια μόνο τότε γίνεται αναφορά στην χειρομάλαξη. Αν όμως τα χέρια βοηθούνται ή καθοδηγούν ειδικά μηχανήματα τότε γίνεται αναφορά σε μηχανική μάλαξη. Για αυτή την τελευταία, καλό είναι να θυμάται κάποιος ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η αποτελεσματικότητά της εκδηλώνεται συγκεκριμένα μόνο αν είναι βοηθητική και όχι σαν υποκατάστατο της χειρομάλαξης, επειδή τα διάφορα μηχανήματα αναπτύσσουν τις περισσότερες φορές μια ενέργεια μονόπλευρη και επιφανειακή (Αλεξιάτου-Hassan, 2009; Pacaud και συν., 2009).

Υπάρχει όμως ένας ιδιαίτερος τύπος μηχανικής μαλαζοθεραπείας που αξίζει να σημειωθεί: πρόκειται για τη θεραπεία κενού αέρος και αρνητικής πίεσης. Είναι μια μέθοδος που έχει διαδοθεί πολύ τα τελευταία χρόνια και που προβλέπει τη χρήση μιας απορροφητικής αντλίας και μεταλλικές βεντούζες που εφαρμόζονται στο δέρμα. Από αυτή την θεραπεία ωφελείται η περιφερειακή κυκλοφορία του αίματος, καθώς και της λέμφου και διευκολύνεται η απορρόφηση των ενδιάμεσων υγρών με επακολούθηση μείωση του λιπαρού ιστού (Pacaud και συν., 2009).

3.7.1.Θεραπεία πόνου και τραύματος με συσκευή αρνητικής πίεσης

Η θεραπεία τραύματος με συσκευή αρνητικής πίεσης είναι μια μηχανική μέθοδος, η οποία χρησιμοποιεί ελεγχόμενη υποατμοσφαιρική πίεση για να διεγείρει και να επιταχύνει την επούλωση ενός τραύματος. Το σύστημα της συσκευής με αρνητική πίεση για την θεραπεία του πόνου και του τραύματος αποτελεί μια κλινικά δοκιμασμένη επιλογή για την αντιμετώπιση ενός φάσματος τραυμάτων όπως έλκη κατάκλισης, διαρρηχθέντα χειρουργικά τραύματα, διαβητικά και νευροπαθητικά έλκη, φλεβικά έλκη των κάτω άκρων, συρίγγια, τραύματα ατυχημάτων, προεγχειρητικοί και μετεγχειρητικοί κρημοί και μοσχεύματα. Το σύστημα αυτό μειώνει τον χρόνο και τελικά το κόστος νοσηλείας των τραυματικών ασθενών (Bryant, 2000; Best Practice Statement, Gauze-based Negative Pressure Wound Therapy, 2008).

Λειτουργική αντλία ρεύματος/μπαταρίας

Το σύστημα αποτελείται από μια αντλία σύγχρονης τεχνολογίας, στιβαρής κατασκευής αλλά ταυτόχρονα μικρού βάρους η οποία λειτουργεί με ρεύμα δικτύου αλλά και μπαταρία. Η φόρτιση της ενσωματωμένης μπαταρίας γίνεται με βέλτιστο τρόπο, ώστε να παρέχει εφεδρική ισχύ για μεγάλα χρονικά διαστήματα όταν αυτό χρειαστεί. Επίσης δίνει τη δυνατότητα περιπατητικής χρήσης, επιτρέποντας την πλήρη ελευθερία κίνησης στον ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας εάν αυτό κριθεί σκόπιμο (διατίθεται θήκη μεταφοράς με ιμάντα ώμου) (Morykwas, et al., 2001; Wacenfors et al., 2004).

Μέθοδοι εφαρμογής θεραπείας

Το σύστημα παρέχει μια σταθερή αρνητική πίεση στο τραύμα, την οποία παρακολουθεί διαρκώς και τη διορθώνει σε περίπτωση απώλειας στεγανότητας. Διαθέτει επίσης τη δυνατότητα διακεκομμένης εφαρμογής της υποπίεσης, σε περίπτωση που αυτή η μέθοδος προτιμηθεί από τον γιατρό. Η υποπίεση επιλέγεται κατά την εφαρμογή στο τραύμα και η τιμή της εμφανίζεται στην οθόνη υγρών κρυστάλλων της συσκευής. Στην οθόνη εμφανίζονται η τρέχουσα κατάσταση της

μπαταρίας και συναγερμοί για χαμηλή φόρτιση, γεμάτο δοχείο ή απουσία δοχείου καθώς και για χαμηλή υποπίεση. Οι λειτουργίες του συστήματος προγραμματίζονται μέσω μιας σειράς πλήκτρων στην επιφάνεια της συσκευής. Το σύστημα διαθέτει μηχανισμό αυτόματου κλειδώματος του πληκτρολογίου, για την αποφυγή τυχαίων τροποποιήσεων της τιμής υποπίεσης κατά την θεραπεία (Morykwas, et al., 2001; Wacenfors et al., 2004).

Συναγερμός απώλειας υποπίεσης

Το σύστημα απώλειας υποπίεσης παρακολουθεί συνεχώς την πίεση στο τραύμα, παρέχοντας έγκαιρη ανίχνευση οποιασδήποτε διαρροής από τον αεροστεγή επίδεσμο, η οποία μπορεί να αφυδατώσει ή να μολύνει το τραύμα (Morykwas, et al., 2001; Wacenfors et al., 2004).

Διακριτικό και ασφαλές ενσωματωμένο δοχείο

Η μονάδα ισχύος διαθέτει δοχείο συλλογής των εκκριμάτων του τραύματος χωρητικότητας 600ml, το οποίο στερεοποιεί και συγκεντρώνει τα εκκρίματα ενώ διαθέτει υδρόφοβα και αντιβακτηριακά φίλτρα άνθρακα προς αποφυγή διαρροής και έκκλησης δυσάρεστων οσμών. Το δοχείο συλλογής εκκρίσεων τοποθετείται και αφαιρείται με εύκολο και ασφαλή τρόπο ενώ χάρη στη μεγάλη του χωρητικότητα δεν απαιτεί συχνά αλλαγή. Συγκεκριμένα (Morykwas, et al., 2001; Wacenfors et al., 2004):

1) Ο σωλήνας σύνδεσης του καθετήρα παροχέτευσης τραύματος διαθέτει ειδικό σύνδεσμο, ο οποίος κλειδώνει περιστροφικά με το δοχείο συλλογής εκκριμάτων, διασφαλίζοντας την άρρηκτη επικοινωνία τους.

2) Διατίθεται επίσης σύνδεσμος «Υ» για την καλλίτερη διαχείριση μεγάλων ή πολλαπλών τραυμάτων και την ταυτόχρονη θεραπεία τραυμάτων στα οποία χρησιμοποιούνται διαφορετικού τύπου καθετήρες παροχέτευσης.

3) Το δοχείο συλλογής εκκριμάτων διαθέτει ενσωματωμένο βύσμα σφράγισης για την ασφαλή συγκράτηση των περιεχομένων έως την τελική καταστροφή τους.

4) Η συσκευή διαθέτει μηχανισμό κλειδώματος του δοχείου συλλογής υγρών με τη κεντρική μονάδα για την ασφαλή συγκράτηση και την εύκολη αλλαγή του δοχείου.

5) Διατίθεται θήκη μεταφοράς της συσκευής για χρήση σε περιπατητικούς ασθενείς.

6) Διατίθεται παρακλίνια βάση για ασφαλή στήριξη της μονάδας κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Κλινικά δοκιμασμένη τεχνική εφαρμογής Αρνητικής Πίεσης

Η Αρνητική Πίεση εφαρμόζεται χρησιμοποιώντας το σετ επίδεσης τραύματος, σύμφωνα με την τεχνική που εφαρμόστηκε αρχικά από τους Chariker και Jeter το 1989, με γάζα εμποτισμένη με φυσιολογικό ορό, σωλήνα παροχέτευσης από σιλικόνη, διαφανή μεμβράνη αεροστεγούς αποκλεισμού και αρνητική πίεση, συνήθως μεταξύ 60-80mmHg. Υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μεταξύ επίπεδων και στρογγυλών σωλήνων παροχέτευσης καθώς και διαφόρων μεγεθών γάζας, επιτρέποντας στον ιατρό να διαλέξει ένα σετ επίδεσης προσαρμοσμένο στο είδος του τραύματος, το οποίο αντιμετωπίζει. Οι μαλακοί και εύκαμπτοι σωλήνες παροχέτευσης από σιλικόνη μπορούν να κοπούν και να προσαρμοστούν στο μήκος του τραύματος. Ο επίπεδος σωλήνας παροχέτευσης είναι κατάλληλος για επιφανειακά ή βαθιά τραύματα με ελάχιστη έως μεγάλη παροχέτευση και χρησιμοποιείται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων συμπεριλαμβανομένων των διαρρηχθέντων χειρουργικών τραυμάτων και των ελκών κατάκλισης. Ο στρογγυλός σωλήνας παροχέτευσης χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση συριγγίων και διαρρηχθέντων ή υποσκαμμένων τραυμάτων και μπορεί να τοποθετηθεί απευθείας στην κοιλότητα του συριγγίου ή να τοποθετηθεί περιμετρικά σε υποσκαμμένα τραύματα. Η ενιαία σχεδίασή του βεβαιώνει την ασφαλή και ολοκληρωτική αφαίρεσή του από την κοιλότητα του συριγγίου (Bryant, 2000; Morykwas, et al., 2001; Wacenfors et al., 2004).

3.7.2.Θεραπεία αισθητικής σώματος με αρνητική πίεση

Η συσκευή θεραπείας αισθητικής σώματος εξομοιώνει μασάζ 100.000 κινήσεων το δευτερόλεπτο και είναι σχεδιασμένη να κάνει μασάζ και να αναρροφά όλα τα μέρη του σώματος με ρυθμό χρησιμοποιώντας την αντλία αρνητικής πίεσης.

Αυτές οι πολύ γρήγορες κινήσεις προκαλούν ένα κύμα που μετατρέπει το λίπος σε λιπαρά οξέα, με αποτέλεσμα τη καταπολέμηση του λίπους. Η συσκευή προσφέρει, μέσω της αναρρόφησης, ισχυρές δυνάμεις στις κάτω μυϊκές στιβάδες και στα ινοκύτταρα, έτσι ωθεί τον οργανισμό να παράγει περισσότερο κολλαγόνο και ελαστικά ινοκύτταρα και επιτυγχάνει τη σύσφιξη των μυών και του δέρματος. Ακόμη η θεραπεία κενού, ή όπως συνηθίζεται θεραπεία αναρρόφησης, είναι ένας τύπος ρεφλεξοθεραπείας (reflexotherapy). Με την ποικιλία των εξαρτημάτων που διαθέτει η συσκευή, δίδεται η δυνατότητα εφαρμογών στις ανακλαστικές ζώνες προσώπου και σώματος. Η μέθοδος βασίζεται στην επίτευξη διαφοράς πίεσης στο δέρμα και τις εξωτερικές μυϊκές ομάδες επάνω στις ρεφλεξογενείς ζώνες. Η αυξομείωση της πίεσης επιτυγχάνει αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος και της λέμφου, παράλληλα αναιρεί τη φλεβική στασιμότητα. Ενώ ισορροπείται η πίεση του αίματος λόγω της αποκατάστασης του αγγειακού τόνου, παράλληλα αυξάνεται η αντιαλλεργική δύναμη του οργανισμού. Τα πλεονεκτήματα δίδονται παρακάτω (Bryant, 2000; Morykwas, et al., 2001; Wacenfors et al., 2004):

Πλεονεκτήματα

- Χαρίζει ένα σώμα απαλλαγμένο από την κυτταρίτιδα
- Αναδομεί τον λιπόδη ιστό
- Επιταχύνει την λεμφαγγειακή κυκλοφορία
- Εξαλείφει τις δυσμορφίες του δέρματος.
- Δημιουργεί ένα ελαστικό και σφριγηλό δέρμα
- Αυξάνει την αναλγητική δύναμη του οργανισμού
- Βελτιωμένη τοπική κυκλοφορία αίματος
- Αυξημένο μεταβολισμό (Έλεγχος του πάχους)
- Καλύτερη λήψη οξυγόνου από τα κύτταρα
- Εγρήγορση του ανοσοποιητικού συστήματος
- Αναλγητική επίδραση (καταστολή πόνου)

- Υποκίνηση των εσωτερικών οργάνων μέσω των ανακλαστικών ζωνών τους
- Απελευθέρωση των μυϊκών ομάδων και εξάλειψη των σπασμών από στρες
- Διέγερση του νευρικού συστήματος.

4.ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ / ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

4.1.Ορισμός και ταξινόμηση των εναλλακτικών μορφών θεραπείας του σώματος και αρνητική πίεση

Η θεραπεία του σώματος μπορεί να επιτευχθεί και με άλλες μεθόδους, εναλλακτικές της αρνητικής πίεσης. Εναλλακτική θεραπεία σημαίνει απλώς οποιαδήποτε μέθοδο επίλυσης ενός προβλήματος υγείας που διαφέρει από αυτές που χρησιμοποιούνται από τους συμβατικούς γιατρούς που ασκούν τη δυτική ιατρική. Θα ήταν ακριβέστερο αν ονομαστούν μερικές από τις θεραπείες αυτές συμπληρωματικές, αφού συμπληρώνουν μάλλον παρά αντικαθιστούν τη συμβατική ιατρική πρακτική. Ο όρος «εναλλακτική ιατρική» είναι ιδιαίτερα ευρύς, αφού περιλαμβάνει πολλές και διαφορετικές μεθόδους προσέγγισης, όχι μόνο της κάθε φορά εμφανιζόμενης νοσολογικής οντότητας, αλλά και του ίδιου του ασθενούς ως ύπαρξη. Πολλές από τις μεθόδους αυτές έχουν τις ρίζες τους στα βάθη των αιώνων και αποτελούν παραδοσιακές ιατρικές αρχαίων πολιτισμών, όπως είναι ο βελονισμός, η αγιουρβέδα κ.λπ. Άλλες πάλι έχουν τις καταβολές τους πολύ εγγύτερα στη σύγχρονη εποχή και την πατρότητα τους διεκδικούν, άτομα που ασκούσαν την ιατρική, όπως είναι η ομοιοπαθητική, η χειροπρακτική και η οστεοπαθολογία. Όποιες και αν είναι οι καταβολές τους, οι μέθοδοι αυτές γεννήθηκαν ή αναβίωσαν για έναν απλούστατο λόγο: γιατί υπήρχαν, υπάρχουν και θα υπάρχουν αναπάντητα ερωτήματα και αθεράπευτα νοσήματα (Pascud και συν., 2009).

Πολλές φορές οι μέθοδοι αυτές, που περιγράφονται συνολικά με τον όρο «εναλλακτική ιατρική», αντιμετωπίζονται με έντονη καχυποψία από τμήμα της ιατρικής κοινότητας. Το κυριότερο αίτιο είναι το γεγονός ότι συχνά οι θεραπευτικές αυτές μέθοδοι ασκήθηκαν από άτομα με όχι και τόσο καλές και αλτρουιστικές

προθέσεις ή με όχι ικανοποιητική επιστημονική επάρκεια. Ή με άλλα λόγια, συνδέθηκαν με τον κομπογιαντισμό, την αγυρτεία, την απόκτηση χρήματος και τον προσωπικό πλουτισμό, πουλώντας πολύ ακριβά ένα «φτηνό» αγαθό, την ελπίδα. Τα πράγματα δεν είναι μόνο έτσι. Υπάρχουν πολλοί αξιόλογοι επιστήμονες που στράφηκαν στις εναλλακτικές θεραπείες όχι για να πλουτίσουν αλλά για να βοηθήσουν ασθενείς που έπασχαν από πόνους που η συμβατική ιατρική δεν μπορούσε να αντιμετωπίσει. Οι εναλλακτικές μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά σε νοσήματα, στα οποία η συμβατική φαρμακολογική αντιμετώπιση απαιτεί υψηλές δόσεις χημικών φαρμάκων και συντελούν στην μείωση της δοσολογίας τους. Εφαρμόζονται, επίσης, εναλλακτικά σε νοσήματα, στα οποία οι παρενέργειες από την μακροχρόνια χρήση του χημικού φαρμάκου υπερβαίνουν το όφελος. Βοηθούν τον οργανισμό να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες, οι οποίες δεν αποτελούν νοσηρές καταστάσεις, όπως είναι η εμμηνόπαυση. Συντελούν στην αντιμετώπιση προβλημάτων, όπως είναι η πολυφαρμακία, η αντίσταση των μικροβίων στα αντιβιοτικά, οι τοξικές παρενέργειες φαρμάκων. Παράλληλα όμως, οι εναλλακτικές θεραπευτικές πρακτικές, δεν δύνανται να εφαρμοστούν καθολικά σε όλους τους ασθενείς και σε όλες τις ασθένειες. Οι εναλλακτικές θεραπείες δρουν ελάχιστα ή καθόλου όταν υπάρχει έντονη λειτουργική διαταραχή του αμυντικού συστήματος, η οποία οφείλεται σε σημαντική φθορά του χρόνου, σε ανθυγιεινή ζωή και καταχρήσεις, σε κακή κληρονομικότητα, σε σοβαρούς ψυχολογικούς παράγοντες ή σε σοβαρό χρόνιο νόσημα, σε περιπτώσεις μάλιστα σοβαρής αλλοίωσης του οργανισμού όπως σε ορισμένα καρκινώματα, η υποκατάσταση της χημικής θεραπείας από εναλλακτικές πρακτικές, μπορεί να είναι επικίνδυνη. Οι εναλλακτικές θεραπευτικές πρακτικές, δρουν βαθμιαία από το χημικό φάρμακο και σε βάθος, γεγονός που απαιτεί συχνά περισσότερο χρόνο από το χημικό φάρμακο για την εμφάνιση ορατών αποτελεσμάτων (Pacaud και συν., 2009).

Ωστόσο χρειάζεται αρκετές φορές υψηλού βαθμού διατροφική πειθαρχία ή αλλαγές σε ορισμένες συνήθειες της καθημερινότητας. Έτσι δεν απευθύνονται σε ασθενείς, οι οποίοι απαιτούν άμεση απελευθέρωση από τα συμπτώματά τους, γι' αυτό προϋποθέτουν πολλές φορές ισχυρό κίνητρο. Η εναλλακτική θεραπεία απαιτεί συνήθως πιο στενή κλινική παρακολούθηση, γιατί τροποποιείται με δυναμικό τρόπο, ανάλογα με την κλινική ανταπόκριση του αμυντικού συστήματος και των συμπτωμάτων. Εκτός αυτού η εναλλακτική θεραπεία δεν δρα στο σύμπτωμα, αλλά συνολικά στον οργανισμό, λόγω δράσεων στην ικανότητα άμυνας του οργανισμού.

Αυτό σημαίνει ότι έχει ολιστικούς στόχους, επιδρά συνολικά στον οργανισμό, έτσι ώστε να είναι καλύτερα. Η θεραπεία κρίνεται όταν υπάρχει βελτίωση του συνόλου των συμπτωμάτων, και όχι των μεμονωμένων συμπτωμάτων που υπάρχουν στον ασθενή (Pacaud και συν., 2009).

4.2. Κατηγορίες εναλλακτικών μορφών αντιμετώπισης του πόνου

Η Επιτροπή Επιστήμης και Τεχνολογίας της Βουλής των Λόρδων στη Μ. Βρετανία, έδωσε το 2000 στη δημοσιότητα το πόρισμά της σχετικά με τη εφαρμογή, διάδοση και έρευνα των εναλλακτικών μεθόδων ιατρικής. Στην αναφορά οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται ανά τον κόσμο και δεν περιλαμβάνονται στην επίσημη ύλη των πανεπιστημίων ιατρικής, αναφέρονται με τα αρχικά Σ.Ε.Ι. (Συμπληρωματική - Εναλλακτική Ιατρική, στα αγγλικά αποδίδεται ως Complementary Alternative Medicine). Η επιτροπή θεωρεί ότι οι εναλλακτικές-συμπληρωματικές θεραπευτικές μέθοδοι πρέπει να χωριστούν σε τρεις ομάδες (Βένελς, 2003; Pacaud και συν., 2009):

Ομάδα Α:

Αυτές αναφέρονται σαν πρωτεύουσες θεραπείες (principal disciplines ή αλλιώς «The Big Five»). Εδώ εντάσσονται ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική και η φυτοθεραπεία. Κάθε μία από αυτές τις θεραπείες έχει μία ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση. Σύμφωνα με την επιτροπή, τα στοιχεία που υπάρχουν δείχνουν ότι οι θεραπείες αυτές είναι αποτελεσματικές, μπορούν να εφαρμοσθούν τόσο συμπληρωματικά όσο και ανεξάρτητα. Πρέπει να αναγνωριστούν άμεσα σαν ισότιμες, αρκεί να τηρηθούν οι προϋποθέσεις καλής εκπαίδευσης των θεραπειών (άδειες λειτουργίας, εξάσκησης, μετεκπαιδεύσεις, κ.λπ.).

Ομάδα Β:

Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει θεραπείες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο συμπληρωματικά, είναι ήπιες και δεν έχουν διαγνωστικές δυνατότητες. Σε αυτή την ομάδα συγκαταλέγονται η αρωματοθεραπεία, το μασάζ, η υπνοθεραπεία και η ρεφλεξολογία.

Ομάδα Γ:

Είναι οι θεραπείες εκείνες που ισχυρίζονται ότι διαθέτουν και γνωστικές δυνατότητες, έχουν ένα ιδιαίτερο φιλοσοφικό υπόστρωμα στο οποίο βασίζονται και είναι διαφορετικό από αυτό της σύγχρονης ιατρικής. Αυτή η ομάδα διαιρείται σε δύο υποκατηγορίες: η ομάδα Γ1 περιλαμβάνει μεγάλα παραδοσιακά συστήματα ιατρικής, όπως τη παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική (Traditional Chinese Medicine) και την παραδοσιακή Ινδική Ιατρική (Ayurvedic medicine). Η ομάδα Γ2 περιλαμβάνει κλάδους για τους οποίους δεν υπάρχει κανένα επιστημονικό στοιχείο που να αποδεικνύει τη δυνατότητα τους για διάγνωση ή θεραπεία όπως κρυσταλλοθεραπεία, ιριδολογία και κινησιολογία.

Οι εναλλακτικές θεραπείες για τον πόνο έχουν πολλά να προσφέρουν ακόμη και όταν έχουν εξαντληθεί τα περιθώρια με τα φάρμακα. Οι θεραπείες αυτές έχουν από μηδενικές έως ελάχιστες πιθανότητες παρενεργειών από την στιγμή που εφαρμόζονται από άτομα που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα. Αρχικά η διάγνωση είναι πρωταρχικής σημασίας τόσο για τον οξύ όσο και για τον χρόνια πόνο ώστε να αποφευχθούν διαγνωστικά σφάλματα από πιθανά προβλήματα που υποκρύπτονται κάτω από τον πόνο. πχ. κεφαλαλγία μπορεί να προκληθεί από σπασμό μυών, από ιώσεις αλλά και σε εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες, εγκεφαλική αιμορραγία, όγκους μπορεί να έχουμε κεφαλαλγία. Το ερώτημα είναι τι μπορεί να γίνει πέρα από τα αναλγητικά τα οποία έχουν παρενέργειες και παράλληλα προκαλούν εθισμό μετά από κάποιο διάστημα χρήσης. Αρχικά για όλους τους ασθενείς με χρόνια άλγος ανεξαρτήτως εντοπίσεως ισχύει ή βελτίωση της λειτουργίας και ισορροπίας του οργανισμού με την καταπολέμηση της χρόνια φλεγμονώδους αντίδρασης μέσα από την διατροφή την λήψη συμπληρωμάτων διατροφής και την αλλαγή του τρόπου ζωής. Από εκεί και πέρα ανάλογα με το που είναι το πρόβλημα μπορεί να εφαρμοσθούν διάφοροι θεραπευτικές μέθοδοι που θα γίνει προσπάθεια ανάλυσης κάποιων από αυτών. Οι μέθοδοι αυτοί είναι προσφιλείς σε πολλούς ανθρώπους λόγω της βοήθειας και ανακούφισης που βρήκαν στο πρόβλημά τους χρησιμοποιώντας τες (Pacaud και συν., 2009).

Διακρίνονται οι εξής κατηγορίες εναλλακτικών μορφών θεραπείας του σώματος (Wildwood, 2001; Wright, 2002; Πρίνου-Πολυχρονιάδου, 2003; Βένελς,

2003; Lamboley, 2004; Pacaud και συν., 2009; Αλεξιάτου-Hassan, 2009; Σερβίτη, 2009):

4.2.1. Ομοιοπαθητική

Η ομοιοπαθητική είναι μια θεραπευτική μέθοδος που βασίζεται στην αρχή του Ιπποκράτη «όμοια τοις ομοίοις εισίν ιάματα», δηλαδή τα όμοια θεραπεύονται με τα όμοια. Ο Samuel Hahnemann γερμανός ιατρός είναι ο πατέρας της ομοιοπαθητικής (1755), θεώρησε ότι για να γιατρέψει μια ασθένεια πρέπει να χρησιμοποιήσει μια ουσία που να προκαλεί νόσο ανάλογη με τη χρόνια ασθένεια. Το ίδιο έκανε ο Ιπποκράτης 2.000 χρόνια πριν (460-373 π.Χ.), όπου αναφέρει θεραπεία ενός ασθενούς από χολέρα με *Veratrum Album*, το οποίο στον υγιή οργανισμό μπορεί να προκαλέσει νόσο που μοιάζει με τη χολέρα τη γαστρεντερίτιδα.

Ο Hahnemann στη συνέχεια ανακάλυψε ότι αυτή η ουσία θεραπεύει πιο εύκολα πιο γρήγορα και σε μόνιμη βάση αν είναι διαλυμένη πολλές φορές. Στη σημερινή εποχή αυτή η μέθοδος είναι πολύ διαδεδομένη και στην Ελλάδα. Ένα μεγάλο μέρος της δημοτικότητάς της η Ομοιοπαθητική το οφείλει στη θεραπεία σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων του 19^{ου} αιώνα και στην αντιμετώπιση χρόνιων νόσων. Ο τρόπος που εφαρμόζεται είναι ο εξής: ο ασθενής επισκέπτεται το γιατρό που συνήθως εκτός από την ομοιοπαθητική μπορεί να έχει εκπαιδευτεί και σε ειδικότητα της κλασσικής ιατρικής την οποία υπηρετεί παράλληλα. Ο ομοιοπαθητικός γιατρός του παίρνει λεπτομερές ιστορικό για περίπου δύο ώρες και ανάλογα με την πάθηση, το στόχο που θέτουν ή τη διαταραχή ο ιατρός θα μελετήσει πιο ομοιοπαθητικό φάρμακο είναι κατάλληλο για το συγκεκριμένο ασθενή. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα είναι ουσίες που προέρχονται από την φύση (φυσικής, ζωικής ή ορυκτής προέλευσης), και παρασκευάζονται με φυσικό τρόπο και δεν έχουν καμία σχέση με τα χημικά φάρμακα. Ενεργούν πάνω σε ολόκληρο τον οργανισμό, ενισχύοντας τον αμυντικό του μηχανισμό με αποτέλεσμα την θεραπεία και ανανέωση του οργανισμού και κατά συνέπεια την εξαφάνιση των επί μέρους συμπτωμάτων.

Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα διατίθενται σε πολλά φαρμακεία και είναι αναγνωρισμένα από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) από το 1994,

σύμφωνα με τη σχετική Ευρωπαϊκή οδηγία. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα είναι ακίνδυνα χωρίς παρενέργειες αφού χορηγούνται ακόμα και σε μωρά. Έχει εφαρμογή και στις επώδυνες παθήσεις όπως και στα λοιπά προβλήματα υγείας. Στην κλασσική ομοιοπαθητική ο γιατρός προσπαθεί να ταυτίσει την κλινική εικόνα του ασθενούς με κάποιο φάρμακο που προκαλεί την ίδια συμπτωματολογία σε υγιή.

4.2.2. Βελονισμός

Ο βελονισμός είναι η πιο ολοκληρωμένη και αρχαιότερη θεραπεία τον πλανήτη μας. Εφαρμόζεται από το 2698 π.Χ., βασίζεται στη φιλοσοφία και κοσμολογία των Κινέζων, σύμφωνα με τις οποίες στο ανθρώπινο σώμα, εκτός από την αρτηριακή, φλεβική, λεμφική κυκλοφορία και το νευρικό σύστημα υπάρχει και ένα τέταρτο κλειστό κύκλωμα ενεργειακής κυκλοφορίας. Το κύκλωμα αυτό είναι ένα πολύπλοκο σύστημα ειδικών αγγείων «οι μεσημβρινοί» μέσα στους οποίους κυκλοφορεί η «ζωτική ενέργεια». Οι μεσημβρινοί μεταφέροντας ενέργεια διατρέχουν όλη την επιφάνεια του σώματος και στην πορεία τους ανάμεσα σε δέρμα μυς και οστά αγγεία όργανα, ανάμεσα σε 361 θύρες ενέργειας, σημεία βελονισμού. Η τοποθέτηση βελόνας στα σημεία βελονισμού επιτρέπει στο γιατρό να διαχειρισθεί την ενέργεια που κυκλοφορεί στους μεσημβρινούς αποκαθιστώντας την ψυχική και σωματική ισορροπία του οργανισμού. Ομαλή και απρόσκοπτη ενεργειακή κυκλοφορία του οργανισμού σημαίνει υγεία, διαταραχή της ομαλής ροής σημαίνει νόσο. Ο ρόλος του γιατρού είναι να διαγνώσει την ενεργειακή διαταραχή και με την τοποθέτηση των μεταλλικών βελόνων να αποκαταστήσει την ισορροπία, θεραπεύοντας το σύμπτωμα η το νόσημα. Σήμερα υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα στον οξύ μετεγχειρητικό πόνο, σε σύνδρομο χρόνιου πόνου (μυοπεριτονιακό σύνδρομο, ινομυαλγία, επικονδυλίτιδα, αυχεναλγία, οσφυαλγία) στην κεφαλαλγία, στην μετεγχειρητική ναυτία και εμετό. Πολλά νοσοκομεία της Ευρώπης, της Αμερικής και της Ελλάδας χρησιμοποιούν το βελονισμό. Επομένως, σύμφωνα με τη παραδοσιακή κινέζικη ιατρική ο πόνος οφείλεται στην διακοπή της ροής της ζωτικής ενέργειας (το Chi ή Qi) σε ένα μεσημβρινό. Η αποκατάσταση της ροής της βοηθά στην αποκατάσταση και απαλλαγή από τον πόνο. Οι βελόνες του βελονισμού είναι πολύ λεπτές (σαν τρίχες), φυσικά

αποστειρωμένες και η εισαγωγή τους στο σώμα είναι ανώδυνη. Ο ασθενής μένει με τις βελόνες από είκοσι μέχρι σαράντα πέντε λεπτά και συνήθως μετά από λίγο χρόνο από την τοποθέτηση τους νοιώθει υπερβολικά ήρεμος, ή νοιώθει υπνηλία, ή κοιμάται.

Πέρα όμως της παραδοσιακής θεωρίας ο βελονισμός από την δυτική οπτική έχει μελετηθεί από Νευροεπιστήμονες ερευνητές και τεκμηριώθηκε ότι η εφαρμογή του σε πειραματόζωα παράγει τα αποτελέσματά του μέσω της ρύθμισης του νευρικού συστήματος, προκαλώντας την αύξηση των βιοχημικών ουσιών καταπολέμησης του πόνου στον εγκέφαλο (ενδογενείς ουσίες με αναλγητική δράση) με πρώτες τις ενδορφίνες «τα ενδογενή οπιώδη» (και πολλές άλλες που προστέθηκαν σε μεταγενέστερες έρευνες π.χ. εγκεφαλίνες κ.ά.). Συνεπώς, δρα επιδρώντας στη χημεία του εγκεφάλου με την αύξηση της απελευθέρωσης νευροδιαβιβαστών και νευροορμονών (π.χ. σεροτονίνη), GABA. Επίσης Νευροαπεικονιστικές μέθοδοι καταγράφουν αύξηση της δραστηριότητας σε περιοχές του φλοιού του εγκεφάλου που έχουν σχέση με τον πόνο και μείωση της δραστηριότητας στην περιοχή του Λυμπικού συστήματος του εγκεφάλου «limbic system».

Εκτός της κεντρικής δράσης έχει και περιφερειακή δράση στο σημείο εισαγωγής της βελόνας όπου έχουμε πρόκληση αγγειοδιαστολής και ενεργοποίηση περιφερικών νεύρων με παραγωγή νευροδιαβιβαστών από τον πυρήνα του περιφερικού νεύρου. Η βελόνα προκαλεί έκλυση CGRP (Calcitonin Gene related peptide) τοπικά στον μυϊκό ιστό. Πέραν αυτών έχει και τμηματική δράση στο Νωτιαίο Μυελό στο επίπεδο εφαρμογής της βελόνας, μέσω σωματοσπλαχνικών αντανακλαστικών, καταστέλλοντας έτσι την αντίληψη του πόνου σύμφωνα με την «θεωρία της πύλης» (gate control theory). Είναι, επομένως, σύμφωνα με την λογική της Δυτικής Ιατρικής αντανακλασιοθεραπεία, δηλ. ένα ερέθισμα στο σώμα από την βελόνα προκαλεί αντανακλαστικά την αύξηση νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα την ρύθμιση των λειτουργιών και την θεραπεία των παθήσεων μέσω του νευρικού συστήματος, το οποίο και προκαλεί την επιθυμητή ομοιοστασία στον οργανισμό. Η δράση του είναι πολυεπίπεδη, καθώς η διέγερση των σημείων του βελονισμού γίνεται και με άλλους τρόπους όπως, πίεση (ρεφλεξολογία - σιάτσου), θερμότητα (moxa), με laser (soft laser), υπερήχους, ηλεκτροβελονισμό (σύνδεση των βελονών με μηχανήμα ηλεκτροδιέγερσης, προκαλείται έτσι εντονότερη διέγερση του σημείου του βελονισμού) κ.λπ. Υπάρχουν παράλληλα ο οτοβελονισμός, το σου τζοκ, ο κρανιοβελονισμός που είναι συστήματα και θεωρίες ξεχωριστές παρά το γεγονός

ότι χρησιμοποιούν τις ίδιες βελόνες. Δεν έχει παρενέργειες εκτός από κάποιες μελανιές που μπορεί να γίνουν.

Ο βελονισμός είναι ακίνδυνος και δεν προκαλεί παρενέργειες. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου αντενδείκνυται και άλλες οι οποίες πρέπει να εφαρμόζεται με ιδιαίτερη προσοχή. Αποφεύγεται η εφαρμογή βελονισμού στα οξέα νοσήματα γιατί συχνά η θεραπεία τους είναι ζήτημα λίγων ημερών και δεν συντρέχει ειδικός λόγος. Αποφεύγεται επίσης κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Ωστόσο, κάποιοι μετά τον πρώτο μήνα χρησιμοποιούν ορισμένα σημεία που δεν επηρεάζουν την πρόοδο της κύησης. Σε προχωρημένα στάδια νεοπλασιών (καρκίνου), ενώ σε αρκετές περιπτώσεις όπου τα άλλα μέσα απέτυχαν να μειώσουν τον πόνο, με το βελονισμό επιτυγχάνεται ανακούφιση. Όπου υπάρχει φλεγμονή ή έλλειψη επαρκούς αιμάτωσης (γάγγραινα), αποφεύγεται η τρώση - παρακέντηση των σημείων με βελόνα. Χρησιμοποιούνται ακτίνες λέιζερ ή ειδικά σφαιρίδια. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε ψυχικά νοσήματα που παρουσιάζουν εξάρσεις.

4.2.3. TENS

Κατά τη Διαδερμική Ηλεκτρική Διέγερση (TENS), χρησιμοποιούνται ειδικά μηχανήματα (μικρού μεγέθους – φορητά με μπαταρία) που παράγουν ένα ρεύμα με μία τετράγωνη κυματομορφή που έχει βρεθεί ότι έχει αναλγητικά αποτελέσματα. Το χρησιμοποιεί ο ασθενής κατ' ιδίαν στο σπίτι του προσπαθώντας να μειώσει τον πόνο περιορίζοντας την κατάχρηση των αναλγητικών. Η χρήση είναι απλή. Στερεώνει τα ηλεκτρόδια στα σημεία του άλγους και καθορίζει την συχνότητα των παλμών και την ένταση στο επιθυμητό επίπεδο. Σήμερα, ο πιο συχνός μηχανισμός εφαρμογής θεραπευτικής ηλεκτροθεραπείας είναι ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός (TENS). Είναι ο διαδερμικός ερεθισμός των νευρικών ινών της περιοχής που πονά με ηλεκτρικό ρεύμα χαμηλής έντασης. Με τον τρόπο αυτό προσπαθούμε να αυξήσουμε την δραστηριότητα των ινών, ώστε κλείνοντας την πύλη εισόδου του πόνου το ερέθισμα να μην πηγαίνει στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Χρησιμοποιείται σε οσφυοϊσχυαλγίες και διάφορες νευραλγίες και τα αποτελέσματα είναι αρκετά ικανοποιητικά. Θεωρείται γενικά ότι είναι μέθοδος ανάλογη του βελονισμού με

σχεδόν ίδιες ενδείξεις εφαρμογής και ίδιο θεραπευτικό πλάτος. Η συσκευή TENS είναι μικρή συσκευή που μοιάζει στην όψη με ραδιόφωνο και μεταφέρει μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στη δερματική επιφάνεια στην περιοχή του πόνου ή πάνω από τη διαδρομή νεύρων ή νευρικών ριζών ηλεκτρικά ερεθίσματα στην περιοχή του πόνου. Διαδραματίζει ένα ιδιαίτερο σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του ασθενή με πόνο οξύ, χρόνιο πόνο, αλλά και με μετεγχειρητικό πόνο.

Η θεραπεία με TENS πρέπει να εφαρμόζεται χρονικά τόσο όσο χρειάζεται, για να παραμένει ο ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς πόνο, μετά από την διέγερση, η οποία και προκαλεί την σχετική αναλγησία. Συνιστάται στον ασθενή να έχει επάνω του για είκοσι τέσσερις ώρες τα ηλεκτρόδια και να ανοίγει το μηχάνημα του TENS όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται για να ελαττωθεί αισθητά ο πόνος του. Το διάστημα αυτό συνήθως είναι τριάντα λεπτά της ώρας. Έτσι ο ασθενής πρέπει να κλείνει το μηχάνημα μόλις επιτευχθεί ανακούφιση από τον πόνο και στη συνέχεια να επαναλαμβάνει την διαδικασία μόλις επανέρχεται ο πόνος. Έτσι αποκτά ο ασθενής εμπειρία και έλεγχο του πόνου πολλές φορές κατά την διάρκεια του 24ώρου. Αυτό έχει ιδιαίτερα θετικό ψυχολογικό αποτέλεσμα επειδή ο ασθενής μπορεί και αισθάνεται ότι μπορεί να ελέγξει τον πόνο του. Συνήθως ο ασθενής χρειάζεται να ανοίξει το μηχάνημα TENS περίπου 5-6 φορές ημερησίως. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις που ο ασθενής επανέρχεται για κλινικό έλεγχο και μας λέει ότι δεν «έκλεισε» καθόλου το μηχάνημα TENS, επειδή δεν επήλθε ανακούφιση από τον πόνο. Τότε πρέπει να ελέγξουμε τα ηλεκτρόδια ή να αλλάξουμε το ηλεκτρικό σήμα στην έξοδο του μηχανήματος. Σε περίπτωση και εδώ αποτυχίας, τότε χορηγούμε ένα διαφορετικού τύπου TENS που παράγει διαφορετική κυματομορφή.

Οι ενδείξεις για αυτή την μέθοδο θεραπείας είναι οι εξής: πολύ χρήσιμος μέθοδος για άτομα που έχουν χρόνιο πόνο μη ελεγχόμενο με άλλο τρόπο. Δεν έχει παρενέργειες. Αντένδειξη είναι η ύπαρξη βηματοδότη στον ασθενή.

4.2.4. Αρωματοθεραπεία

Στην αρωματοθεραπεία χρησιμοποιούνται αιθέρια έλαια που είναι η ψυχή του φυτού, προέρχονται από τη ζωτική δύναμη του φυτού, περιέχονται σε αυτό στους

καρπούς, στο φλοιό, στα φύλλα, στα άνθη, στους μίσχους και στις ρίζες. Εφαρμόζονται για εξωτερική χρήση, μασάζ εισπνοές στο μπάνιο κομπρέσες κρέμες. Τα αιθέρια έλαια διαπερνούν τις στοιβάδες της επιδερμίδας και φθάνοντας στην κυκλοφορία του αίματος μεταφέρονται στα διάφορα όργανα. Χορηγούνται μόνο από ειδικούς και όχι σε παιδιά κάτω των τεσσάρων ετών.

Επομένως, αρωματοθεραπεία είναι ο κλάδος εκείνος της βοτανικής ιατρικής που σαν σκοπό της έχει τη θεραπεία νου, ψυχής και σώματος με τη χρήση αρωμάτων, όχι όμως εκείνων που γνωρίζουμε όλοι λόγω των κοσμητικών τους ιδιοτήτων αλλά πρόκειται για αγνά, αποσταγμένα έλαια φυτών, γνωστών για τις θεραπευτικές τους ιδιότητες, τα αιθέρια έλαια. Είναι καλό να αντιληφθεί κάποιος την αρωματοθεραπεία σαν κομμάτι ενός ολιστικού τρόπου προσέγγισης και όχι απλά σαν μια ακόμα εναλλακτική πρόταση. Αυτό σημαίνει πως δεν πρέπει να μένει κάποιος μόνο στο σύμπτωμα της ασθένειας, αλλά να αναζητά το αίτιο της αρρώστιας και να φροντίζει για την πρόληψη της. Αν και τις περισσότερες φορές φαίνεται πως η εκδήλωση της ασθένειας συμβαίνει ξαφνικά, οι λόγοι που αυτό συμβαίνει δεν είναι καθόλου ξαφνικοί. Κληρονομικοί παράγοντες αλλά κυρίως ο τρόπος ζωής του ανθρώπου είναι οι βασικές αιτίες εκδήλωσης της ασθένειας. Στην ολιστική αρωματοθεραπεία πρέπει να συμμετέχει ο άνθρωπος ενεργά, δεν είναι όπως στην κλασσική ιατρική που αφήνει το σώμα του στο γιατρό και απλά παίρνει τα φάρμακα που του προτείνει, ούτε πρέπει να περιμένει μια ξαφνική θεραπεία, στην αρωματοθεραπεία τα αποτελέσματα είναι σταδιακά αλλά σε μακροχρόνια βάση είναι πολύ καλά.

Τα τρία βασικά μοντέλα αρωματοθεραπείας είναι:

α. Γερμανικό: με κύρια έμφαση στην όσφρηση (εισπνοές - διάχυση - εξαέρωση)

β. Αγγλικό: ολόσωμο χαλαρωτικό μασάζ με αιθέρια έλαια διαλυμένα σε μια βάση από φυτικά λάδια

γ. Γαλλικό: εσωτερική χρήση των αιθέριων ελαίων κατά το ιατρικό πρότυπο (στοματική οδός/υπόθετα).

Κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας αρωματοθεραπείας, τα αιθέρια έλαια αντιδρούν στο σώμα με μια ποικιλία μορφών. Όταν παρασκευάζεται ένα λάδι για

μάλαξη μαζί με αιθέρια έλαια και εφαρμόζεται στο δέρμα, τα αιθέρια έλαια απορροφώνται γρήγορα από τον επιθηλιακό ιστό και μέσω του κυκλοφορικού συστήματος μεταφέρονται απευθείας σε όλο το σώμα. Εκεί μπορούν να επιδράσουν σε όργανα και συναισθήματα. Τα αιθέρια έλαια έχουν επίσης επίδραση στη συναισθηματική και πνευματική κατάσταση μέσω της αρωματικής τους οσμής. Η αίσθηση της οσμής, συνδέεται στενά με τα συναισθήματα και τις αναμνήσεις, είτε όμορφες, είτε άσχημες. Επομένως, με τη χρήση διαφόρων μεθόδων και αιθέριων ελαίων η αρωματοθεραπεία επιδρά αποτελεσματικά σε διάφορα επίπεδα, όπως το σωματικό και συναισθηματικό. Η συνδυασμένη αυτή δράση δίνει ενδιαφέροντα αποτελέσματα στην καταπολέμηση του άγχους, που θεωρείται ότι είναι η ρίζα τόσων πολλών παθολογικών καταστάσεων. Με τη σωστή χρήση της αρωματοθεραπείας μπορούν να θεραπευτούν σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό πολλές από τις συνήθειες ασθένειες, του αναπνευστικού συστήματος, του ουροποιητικού, του μυϊκού, γεννητικού συστήματος, του δέρματος, και απαλλάσσοντας τον από τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούν η ένταση και το άγχος, προλαμβάνουμε πολλά ψυχολογικά συμπτώματα, όπως απάθεια, μελαγχολία, κατάθλιψη.

Οι τρόποι εφαρμογής της αρωματοθεραπείας είναι:

Επιθέματα: Οι γνωστές σε όλους κομπρέσες. Εφαρμόζονται είτε κρύες, είτε ζεστές, ανάλογα με την περίπτωση και είναι ένας καλός τρόπος αντιμετώπισης, μυϊκών πόνων, διαστρεμμάτων, θλάσεων, πόνων περιόδου, κυστίτιδας, αποστημάτων, πονόδοντων κ.λπ.

Αρωματικός λύχνος: Μια απλή αλλά πολύ χρήσιμη συσκευή, κατασκευασμένη από κεραμικό, πορσελάνη, γυαλί, αποτελείται από ένα μικρό δοχείο στο οποίο ρίχνουμε νερό και μερικές σταγόνες αιθέριων ελαίων και από ένα κερί στο κάτω μέρος του. Είναι σημαντικό να μην «καίγονται» τα αιθέρια έλαια για αυτό πρέπει το δοχείο να μην είναι πολύ κοντά με την πηγή θέρμανσης και να προσέχουμε να μην μένει χωρίς νερό το δοχείο. Η συμβολή του αρωματικού λύχνου είναι σημαντική. Βοηθάει στην αντιμετώπιση των αερογενών μικροβίων, στον καθαρισμό της ατμόσφαιρας από δυσάρεστες μυρωδιές και στην εξισορρόπηση των συναισθημάτων.

Λουτρά: Ένας ευχάριστος τρόπος εφαρμογής της αρωματοθεραπείας. Χωρίζονται σε: λουτρό με μέλι, λουτρό με άλατα, αφρόλουτρο και ποδόλουτρο Τα

λουτρά ήδη από την αρχαιότητα κατείχαν σημαντικότερη θέση στη ζωή των ανθρώπων. Βοηθούν σε διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις, σε δερματικές παθήσεις, σε πόνους (μυϊκούς και άλλους).

Οι εισπνοές διακρίνονται σε:

- **μπάνιο ατμών προσώπου:** σκεπάζει ο ασθενής το κεφάλι με μια πετσέτα, σκύβει πάνω από ένα μπολ με ζεστό νερό, με κλειστά μάτια, εισπνέει περίπου για 5 λεπτά.

- **ξηρά μέθοδος εισπνοών:** Ρίχνει ο ασθενής σε ένα μαντήλι, μερικές σταγόνες αιθέριων ελαίων και κρατώντας το κοντά στη μύτη, εισπνέει βαθιά. Η οσφρητική αίσθηση είναι από τις πιο ισχυρές και συνεχείς αισθήσεις. Το οσφρητικό νεύρο συνδέεται άμεσα με το κέντρο του εγκεφάλου που ελέγχει τα συναισθήματα του ανθρώπου. Οπότε όπως καταλαβαίνει κανείς λόγω της άμεσης σύνδεσης της μύτης με το οσφρητικό νεύρο τα αιθέρια έλαια έχουν άμεση επίδραση στα ανθρώπινα συναισθήματα.

Αρωματικά νερά ή αλλιώς ανθόνερα: Μπορεί τα αιθέρια έλαια να μην διαλύονται στο νερό, όμως δίνουν σε αυτό το άρωμα και τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Η μέθοδος αυτή βοηθάει σε δερματικά προβλήματα (ακμή, έκζεμα, δερματίτιδα κ.α.), στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση τους.

Πλύσεις: Διακρίνονται σε ντουζ, γαργάρες και κολπικές πλύσεις. Βοηθούν σε ουρολογικά, γυναικολογικά προβλήματα, σε πονόλαιμους, λαρυγγίτιδες και λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας.

Μάλαξη: Ο πιο διαδεδομένος τρόπος εφαρμογής της αρωματοθεραπείας και όχι άδικα. Οι αρχαίοι Έλληνες και οι Ρωμαίοι γιατροί θεωρούσαν τη μάλαξη σαν ένα από τα βασικά εκείνα στοιχεία που θα μπορούσαν να ανακουφίσουν από τον πόνο.

Ο Ιπποκράτης, ο Έλληνας πατέρας της ιατρικής, έλεγε πως ένα από τα πολλά πράγματα που έπρεπε να γνωρίζει ένας γιατρός, ήταν να κάνει μαλάξεις, οι οποίες μπορούσαν είτε να συσφίξουν, είτε να χαλαρώσουν μια άρθρωση, δίνοντας της έτσι ευεργετικά αποτελέσματα. Ο Πλίνιος, ο διακεκριμένος Ρωμαίος φυσιδίφης, έκανε συχνά μαλάξεις για να ανακουφιστεί από το άσθμα του και ο Ιούλιος Καίσαρας, που

έπασχε από επιληψία, έκανε αγωγές τσιμημάτων με το χέρι, για να ανακουφιστεί από τις νευραλγίες και τους πονοκεφάλους.

Ο Βίλχελμ Ράιχ, ψυχαναλυτής και μαθητής του Φρόιντ, άτομο που βρίσκονταν πολύ πιο μπροστά από την εποχή του, ήταν ένας από αυτούς που υποστήριξε πως τα ψυχολογικά τραύματα μπορούν να «αποθηκευτούν» στα οστά και στους μυς. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Ράιχ ο ιστός έχει μνήμη, ώστε αν τον τραυματίσει κανείς, κάθε φορά που θα αγγίζει αυτή την περιοχή, η μνήμη του θα απελευθερώνει τη συνέπεια που ο τραυματισμός έχει προκαλέσει. Αντίληψη που φαίνεται να έχει τη βάση της, αν σκεφτούμε πως αν δεν μας αρέσει να μας αγγίζουν σε κάποια συγκεκριμένη περιοχή, ίσως η περιοχή αυτή να έχει συνδεθεί με ένα τραυματικό γεγονός στο παρελθόν, το οποίο ο συνειδητός μας νους έχει μπλοκάρει. Ακόμα, μια σφιγμένη, αμυντική στάση σώματος, με κυρτωμένη πλάτη, μπορεί να προκαλεί χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Βασικά, όλες οι θεραπείες μάλαξης φαίνεται να στηρίζουν τη θεωρία του Ράιχ πάνω στο άγχος. Υπάρχουν πολλές ιστορίες ανθρώπων που κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας μάλαξης ξεσπούν σε κλάματα, γελάνε, λυπούνται ή θυμώνουν καθώς αναμνήσεις που είχαν καταπιεστεί για μεγάλο διάστημα αρχίζουν να βγαίνουν στην επιφάνεια. Μπροστά στις λέξεις, το άγγιγμα έχει σαφώς μεγαλύτερη δύναμη. Υπάρχουν αποδείξεις πως οι άνθρωποι θυμούνται πράγματα πιο εύκολα αν καθώς τους μιλά κάποιος τους αγγίζει κιόλας. Σήμερα, πλέον η θεραπευτική αξία της μάλαξης είναι γνωστή, αναπτύσσεται και ανθεί σε όλες τις δυτικές κοινωνίες, μια που στην Ανατολή, οι τεχνικές αυτές χαίρουν μεγάλης εκτίμησης εδώ και αιώνες. Η θεραπεία μέσω του αγγίγματος αποτελεί έναν ευχάριστο τρόπο για τη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών.

4.2.5. Ιαματική λουτροθεραπεία

Λέγοντας ιαματική λουτροθεραπεία εννοείται η εφαρμογή των ιαματικών νερών στη θεραπευτική του ανθρώπου. Το είδος αυτό της θεραπείας αποτελεί μέρος της φυσικοθεραπείας, δηλαδή η χρησιμοποίηση των φυσικών μέσων στη θεραπευτική. Τα νερά των φυσικών ή ιαματικών πηγών είναι νερά, που πηγάζουν

μέσα από πετρώματα και βράχους που βγαίνουν από τα έγκατα της γης. Είναι μεταλλικά νερά, που περιέχουν διαλυμένα μεταλλικά συστατικά όπως νάτριο, κάλιο, ασβέστιο, μαγνήσιο, ράδιο, σίδηρο, ιώδιο, φωσφόρο και θείο ή αέρια όπως διοξείδιο του άνθρακα, υδροθείο, άζωτο, οξυγόνο και υδρογόνο. Τα νερά αυτά έχουν διάφορο βαθμό οξύτητας και είναι όξινα, αλκαλικά ή ουδέτερα. Έτσι συχνά ακούγεται ότι μία πηγή είναι θειούχος αλκαλική ή χλωρονατριούχος ή οξυπηγή ή ραδιούχος. Αυτό σημαίνει ότι στην πηγή αυτή υπερισχύει ένα συστατικό περισσότερο από τ' άλλα. Η θερμοκρασία των φυσικών πηγών είναι διάφορη επίσης και φτάνει μέχρι και τους 60°C και ακόμα περισσότερο.

Η Ιαματική Λουτροθεραπεία εφαρμόζεται σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενειών από τα περισσότερα συστήματα (αναπνευστικό, κυκλοφορικό, πεπτικό, νευρικό, μυοσκελετικό, νεφρούς, δέρμα κλπ.), όπως για παράδειγμα:

- Ρευματικές παθήσεις
- Παθήσεις κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριακή υπέρταση, ανεπάρκεια στεφανιαίων αρτηριών αρτηρίτιδες κάτω άκρων, χρόνιες φλεβίτιδες κιρσοί)
- Παθήσεις δερματικές (έκζεμα, δερματίτιδες κλπ.)
- Παθήσεις γυναικολογικές (χρόνιες μεταφλεγμονώδεις καταστάσεις των σαλπίνγων και της μήτρας, λευκόρροια, ανεπάρκεια των ωοθηκών).
- Παθήσεις περιφερικών νεύρων (νευρίτιδες, νευραλγίες)
- Σύνδρομα από διαταραχές του νευροφυτικού συστήματος.

4.2.6. Ύπνωση

Ο όρος «ύπνωση» δημιουργήθηκε από τον σκοτσέζο γιατρό James Braid στο βιβλίο του το 1853 με τίτλο «Νευροπνολογία» (Neurypnology). Την όρισε ως μια ιδιόρρυθμη κατάσταση του νευρικού συστήματος που προκαλείται από μια σταθερή και αποχωρισμένη προσοχή του νοητικού και οπτικού οφθαλμού. Θεώρησε πως η ύπνωση αποτελούσε μια μορφή ύπνου του νευρικού συστήματος και προσπάθησε να

διαχωρίσει τη θεωρία του από αυτή των μεσμεριστών που πίστευαν πως τα αποτελέσματα της ύπνωσης χρησιμοποιούσαν ως μεσολαβητή τη ζωτική δύναμη ή τον ζωικό μαγνητισμό. Ο στόχος της ύπνωσης είναι να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει καλύτερα το δικό του εαυτό και να κερδίσει περισσότερο έλεγχο της συμπεριφοράς του, των συναισθημάτων του και της σωματικής του κατάστασης. Η ύπνωση δεν είναι κατ' αρχήν ύπνος, είναι μια κατάσταση trance, δηλαδή μια κατάσταση διεγερμένης και αυξημένης εστιακής συγκέντρωσης της προσοχής και εσωτερικής ενημερότητας, με παράλληλη ελαττωμένη ενημερότητα των περιφερικών ερεθισμάτων. Η ύπνωση είναι μια θεραπευτική τεχνική που προϋποθέτει έντονη σχέση του ασθενή με τον θεραπευτή, ώστε να δεχθεί ο πρώτος να εγκαταλείψει τον έλεγχό του και χρησιμοποιείται για τρεις κυρίως λόγους:

- Για τον έλεγχο συγκεκριμένων συμπτωμάτων, όπου ουσιαστικά πρόκειται για διδασκαλία τεχνικών αυτό-ύπνωσης στο άτομο και τη χρήση στην κατάσταση trance, όπου περιέχεται, υπνωτικών εντολών προς τον εαυτό του, που «αναδομούν» τον τρόπο της σκέψης του για το πρόβλημα που θεραπεύεται. Έτσι η ύπνωση χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του άγχους, υπερβολικής λήψης τροφής, φοβιών, χρόνιου πόνου, καπνίσματος κ.λπ.

- Για την αποκάλυψη απωθημένου στο ασυνείδητο υλικού, δηλαδή σαν επιπρόσθετη βοήθεια στην αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.

- Για διάφορους διαγνωστικούς λόγους.

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές ύπνωσης. Ο θεραπευτής θα επιλέξει την πιο κατάλληλη ανάλογα με το πρόβλημα και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Αρχικά ο ασθενής βοηθείται στο να χαλαρώσει και στη συνέχεια δια μέσου υποβολών ο θεραπευτής προσπαθεί να οδηγήσει τον ασθενή στο να απαλλαγεί από ανεπιθύμητα συμπτώματα. Η μέθοδος της νοερής απεικόνισης σε συνδυασμό με άλλες υποβολές, βοηθά τον ασθενή να μεταφερθεί νοητικά με τη χρήση της φαντασίας του, σε μια κατάσταση στην οποία επιθυμεί να φτάσει. Η μέθοδος αυτή είναι ένα ισχυρό εργαλείο για την επίτευξη των στόχων που επιζητούνται.

Κατά την ύπνωση ο θεραπευτής καλεί τον ασθενή να χαλαρώσει και να εστιάζει την προσοχή του στον εσωτερικό του κόσμο, να χρησιμοποιήσει τη φαντασία του για να τροποποιήσει τις αντιλήψεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματά

του. Πρόκειται για μια ευχάριστη κατάσταση χαλάρωσης και εσωτερικής συγκέντρωσης. Ο υπνωτιστής υποβάλλει κάποια πράγματα στον ασθενή. Όμως ο ασθενής παραμένει ξύπνιος, ελέγχει τις σκέψεις και τις πράξεις του. Στην ουσία βρίσκει ανακούφιση και καταπράυνση, επειδή η προσοχή του αποσπάται και απομακρύνεται από αυτά που τον ενοχλούν, είτε πρόκειται για πόνο ή για άγχος. Η ύπνωση είναι μια διαφοροποιημένη κατάσταση της συνείδησης. Η κατάσταση αυτή προκαλείται τεχνητά, η προσοχή του ασθενή εστιάζεται σε κάτι συγκεκριμένο, όπως μια σκέψη, μια μνήμη ή ένα αίσθημα. Ο ασθενής προσπαθεί να αποκλείσει περισπασμούς που αποσπών την προσοχή του από εκείνο στο οποίο συγκεντρώνεται, είναι πιο αποδεκτικός σε εισηγήσεις και είναι πιο ανοικτός, λιγότερο κριτικός ή δύσπιστος. Δεν είναι αλήθεια ότι κατά την ύπνωση ο ασθενής δεν έχει ελεύθερη βούληση και έλεγχο των πράξεων του. Η ύπνωση είναι μια κατάσταση της συνείδησης, με χαλάρωση, με ψηλή συγκέντρωση και εστιασμένη προσοχή. Ο θεραπευτής δεν ελέγχει τον ασθενή κατά την ύπνωση. Ο ασθενής ελέγχει τον εαυτό του και στην ουσία κάνει την ύπνωση ο ίδιος στον εαυτό του. Ο θεραπευτής τον οδηγεί και τον βοηθά να πετύχει τους στόχους της ύπνωσης. Ο ασθενής εισέρχεται σε ύπνωση μόνο εάν ο ίδιος το θελήσει και το πράξει. Μπορεί να εξέλθει από την ύπνωση όταν ο ίδιος το αποφασίσει. Δεν υπάρχει απώλεια συνείδησης κατά την ύπνωση. Επίσης δεν υπάρχει αμνησία μετά από την υπνοθεραπεία, εκτός από ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων.

4.2.7. Χρωματοθεραπεία

Η χρωματοθεραπεία είναι θεραπευτική τεχνική που αξιοποιεί την φωτεινή ενέργεια για την ενίσχυση του οργανισμού και την θεραπεία πολλών ασθενειών. Είναι μια νέα επιστημονική αγωγή που είναι ικανή να αποτοξινώσει τον οργανισμό, να αυξήσει την κυκλοφορία του αίματος, να καταπραΰνει τους ερεθισμούς και άλλα πολλά. Αυτό συμβαίνει γιατί η φωτονική ενέργεια είναι φορέας ενός ισχυρού ηλεκτρονικού φορτίου που διεγείρει τους φωτοϋποδοχείς που υπάρχουν στον οργανισμό μας. Με την βοήθεια των χρωμάτων ενεργοποιούμε τους φωτοϋποδοχείς που υπάρχουν σε κάθε μέρος του σώματος μας, οι οποίοι αντιδρούν σε φωτονικά κύματα διαφορετικής ηλεκτρομαγνητικής έντασης και διαφορετικού μήκους κύματος.

Η δράση της φωτονικής ενέργειας στους πάσχοντες ιστούς δίνει την δυνατότητα να προσφέρουμε στα κύτταρα μια ποσότητα ενέργειας που μπορούν να χρησιμοποιήσουν για την επιβίωση τους. Η αγωγή είναι απλή, φυσικά ανώδυνη και κυρίως χωρίς παρενέργειες. Ο ασθενής ανάλογα με το πρόβλημά του γεμίζει με την ακτινοβολία μίας ειδικής λάμπας συγκεκριμένου χρώματος και ισχύος. Η χρωματοθεραπεία, έχει άριστη εφαρμογή σαν συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος στην Ψυχιατρική, Ψυχολογία, Βιοθεραπεία, Φυσικοθεραπεία, Αισθητική και σε πολλές άλλες ιατρικές θεραπευτικές.

Κίτρινο - Θεραπεία:

Διεγείρει τα κύτταρα του νου και το νευρικό σύστημα, ενεργοποιεί τους μυς, επιταχύνει την διαδικασία της πέψης και της αφομοίωσης. Τονώνει το νευρικό σύστημα, αποτοξινώνει το ήπαρ, απαλύνει δερματικές ανωμαλίες. Ψυχολογία: Ενεργοποιεί και εμψυχώνει ανθρώπους με μελαγχολία ή κατάθλιψη.

Πορτοκαλί - Θεραπεία:

Διεγείρει τους πνεύμονες, την αναπνοή και την πέψη, αυξάνει την λειτουργία του θυρεοειδή, ανακουφίζει κράμπες και νευρικούς σπασμούς, αυξάνει την παραγωγή μητρικού γάλακτος. Ψυχολογία: Διεγείρει την δημιουργική σκέψη και τον ενθουσιασμό. Θεραπευτικές δυνάμεις: Θεραπεύει ανωμαλίες του σπλήνα, βρογχικά άσθματα, χολόλιθους, παράλυση και αναπνευστικές ανωμαλίες, χαρίζει φυσική ευεξία και πνευματική τόνωση.

Κόκκινο - Θεραπεία:

Ανεβάζει τη θερμοκρασία του σώματος, δίνει ενέργεια, δρα κατά της αναιμίας, παράλυσης, κακής κυκλοφορίας του αίματος, εξαλείφει την κόπωση, την αδράνεια, τη γρίπη και προσφέρει όρεξη για ζωή και δουλειά. Προσφέρει αίσθηση ζεστασιάς και ενεργητικότητας γι' αυτό είναι καλό ενάντια κοπώσεων και κρυολογημάτων. Ενεργοποιεί την καρδιά και το κυκλοφοριακό, βοηθά ενάντια στην υπόταση. Ενεργοποιεί όλες τις αισθήσεις, διεγείρει την ωορρηξία και την εμμηνόρροια. Δεν είναι καθόλου καλό ενάντια στον καρκίνο, μιας και αυξάνει την ανάπτυξη κυττάρων. Ψυχολογία: Αυξάνει την σεξουαλικότητα, το πάθος και την δημιουργικότητα. Μπορεί όμως να προκαλέσει και βίαια συναισθήματα.

Φούξ - Θεραπεία:

Ενεργοποιεί την αδρεναλίνη και την καρδιά. Ψυχολογία: Προσφέρει αίσθηση χρησιμότητας και αγάπης για την ζωή.

Ροζ - Θεραπεία:

Προσφέρει ζωτικότητα σε όλα τα όργανα. Ψυχολογία: Θεραπεύει την λύπη και το πένθος, βοηθά να συνειδητοποιήσουμε τα συναισθήματά μας.

Πράσινο - Θεραπεία:

Ηρεμεί την καρδιά, το στομάχι, το συκώτι και τα νεφρά, βοηθά στην εξισορρόπηση ορμονικών διαταραχών, πέψης, χολής, ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, ενδυναμώνει το νευρικό σύστημα και τα οστά. Ψυχολογία: Προσφέρει συναισθηματική και ψυχολογική αρμονία, βοηθά την εσωτερική γαλήνη. Θεραπευτικές δυνάμεις: Ελέγχει την καρδιά και την πίεση του αίματος, εξισορροπεί το νευρικό σύστημα, απαλύνει το έλκος, θεραπεύει πονοκεφάλους, ιώσεις, την κυτταρική δυσαρμονία.

Τιρκουάζ - Θεραπεία:

Τονώνει γενικά όλα τα ζωτικά όργανα αλλά κυρίως το ανοσοποιητικό σύστημα. Ψυχολογία: Αυξάνει την διαίσθηση και την συναισθηματική ευαισθησία, χαλαρώνει από το στρες.

Μπλε - Θεραπεία:

Το μπλε είναι «ψυχρό» χρώμα, έτσι, βοηθά ενάντια σε φλεγμονές, ρευματισμούς, πυρετό, υπέρταση, αιμορραγίες, φαγούρες και ερεθισμούς του δέρματος. Είναι ηρεμιστικό, ιδιαίτερα σε περιόδους υπερέντασης, νευρικότητας, ακόμη και υστερίας. Χρησιμοποιείται κατά της ιλαράς, των σπασμών και του πονοκεφάλου. Ψυχολογία: Ηρεμεί συναισθήματα οργής, επιθετικότητας, υστερίας, επιφέρει συναισθηματική γαλήνη.

Βιολετί και Μοβ - Θεραπεία:

Καταπολεμά την ταχυπαλμία, διεγείρει τον σπλήνα και τα λευκά αιμοσφαίρια, μειώνει ευαισθησία στον πόνο, βοηθά στην όραση και στην ακοή, αυξάνει τη

δισαιθητική ικανότητα, προλαβαίνει και εξισορροπεί τις παθήσεις των πνευμόνων, της όρασης, της ακοής, της όσφρησης. Ψυχολογία: Βοηθά ενάντια στην μελαγχολία, την υστερία, τις παραισθήσεις, την εξάρτηση (οποιασδήποτε μορφής), την αϋπνία. Κατευνάζει το στρες και τα έντονα σεξουαλικά συναισθήματα.

4.2.8. Μουσικοθεραπεία

Η μουσική είναι μια ουσιαστικά συναισθηματική εμπειρία που μπορεί να συνοδεύσει τον άνθρωπο σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του, να καθρεφτίσει όλες τις ψυχοσωματικές του καταστάσεις και να τον οδηγήσει ακόμη και σε βαθύτερες και ιδιαίτερα προσωπικές συγκινήσεις. Έχει αποδειχτεί επιστημονικά η ιδιαίτερος σημαντική επίδραση της μουσικής στον άνθρωπο μέσα από το ακουστικό νεύρο που καταλήγει στον μέσο εγκέφαλο και δρα στο συγκινησιακό πεδίο του ανθρώπου. Έτσι χρησιμοποιείται η μουσική και στην Ιατρική, προκειμένου να ρυθμίσει την αρτηριακή πίεση και την κυκλοφορία του αίματος, να συμβάλει στη μείωση των φαρμάκων, να χαλαρώσει το μυϊκό και νευρικό σύστημα και να επισπεύσει την ανάρρωση. Αυτή είναι η θεραπευτική ιδιότητα της μουσικής, η οποία όμως υπόσχεται μόνο πρόσκαιρες αλλαγές στην ψυχοσωματική κατάσταση του ανθρώπου κι όχι καθολικές ούτε ουσιαστικές. Για να γίνει ουσιαστική θεραπεία με μακροπρόθεσμες αλλαγές και βαθιά μεταμορφωτική επίδραση στον άνθρωπο χρειάζεται η μουσικοθεραπεία, όπου βασική προϋπόθεση είναι η δημιουργία μουσικοθεραπευτικής σχέσης με έναν εξειδικευμένο και μόνο μουσικοθεραπευτή και σε συγκεκριμένο επιστημονικό πλαίσιο. Η μουσικοθεραπεία είναι η επιστήμη που ασχολείται με την επίδραση της μουσικής στον εγκέφαλο και το σώμα του ανθρώπου, αλλά κυρίως βασίζεται στη διαπροσωπική σχέση και δανείζεται τεχνικές και μεθόδους από την κλινική ψυχολογία. Στόχοι και εφαρμογές της μουσικοθεραπείας είναι η αντιμετώπιση του πόνου, η αντιμετώπιση του ψυχοσωματικού στρες, η χρήση της στον τοκετό και στις μονάδες πρόωρων νεογνών, η ανακουφιστική θεραπεία των καρκινοπαθών, οι εφαρμογές σε μονάδες εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών, και βέβαια στην ψυχιατρική.

Σημαντικές μελέτες έχουν δείξει την ευεργετική επίδραση της μουσικής ακρόασης σε επίπεδο π.χ. μονάδας εντατικής θεραπείας. Κατάλληλα επιλεγμένη μουσική, μέσω της χαλάρωσης που προκαλεί, μπορεί να μειώνει τον ρυθμό της αναπνοής, τη συχνότητα του καρδιακού παλμού ακόμη και την αρτηριακή πίεση. Έχει αποδειχθεί ότι η μείωση της συχνότητας του καρδιακού παλμού και της αρτηριακής πίεσης σχετίζεται με ελάττωση στο αίμα του επιπέδου των ορμονών που σχετίζονται με το στρες, όπως η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη, ενώ φαίνεται ότι η χαλάρωση μέσω μουσικής μπορεί να επιδρά ακόμη και στα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης και των β-ενδορφινών. Στις παραπάνω μελέτες οι ασθενείς εκτέθηκαν σε μουσική ακρόαση μέσω φορητών συσκευών για δίσκους compact που είχαν συνδεθεί με ακουστικά. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η συστηματική εφαρμογή της μουσικής θα μπορούσε να αποτελέσει συμπληρωματική μορφή θεραπείας κατά τη νοσηλεία π.χ. στεφανιαίων ασθενών, μιας που με πολύ χαμηλό κόστος, αναιμάκτα και χωρίς παρενέργειες η μουσική επιτυγχάνει να μειώσει την καρδιακή συχνότητα και την αρτηριακή πίεση, επιθυμητό στόχο που συνήθως επιτυγχάνει η κλασική ιατρική με τη χορήγηση φαρμάκων (π.χ. β-αδρενεργικών αναστολέων). Βέβαια, για την εξαγωγή περισσότερο αξιόπιστων συμπερασμάτων θα απαιτηθούν μεγάλες τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, στις οποίες θα συμμετέχει μεγάλος αριθμός ασθενών και κατά τη διάρκειά τους θα πρέπει να συγκριθεί η ακρόαση μουσικής με τη χορήγηση φαρμάκων.

Συμπερασματικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μουσική ως συμπληρωματικό θεραπευτικό μέσο παράλληλα με την κλασική ιατρική. Με τη μουσική μπορεί να προστατευθεί η ψυχοσωματική υγεία του ανθρώπου και να διατηρηθεί η εύρυθμη εγκεφαλική λειτουργία, όπως με την υγιεινή διατροφή και τη σωματική άσκηση ελαττώνεται η πιθανότητα καρδιαγγειακών επεισοδίων. Το αρχαίο ιδεώδες που απαιτούσε τη συμμετοχή της μουσικής στον κορμό της παιδείας δικαιώνεται στον 21^ο αιώνα με βάση τα ευρήματα της γνωστικής νευροψυχολογίας και της απεικονιστικής τεχνολογίας

Έρευνες που έγιναν έδειξαν ότι η μουσικοθεραπεία έχει πολλά ευεργετικά αποτελέσματα στον άνθρωπο, όπως:

- Βελτίωση της αναπνοής και της αρτηριακής πίεσης
- Παρηγορητική υποστήριξη σε ασθενείς με χρόνιες / επάρατες νόσους

-Βελτίωση της αυτοπεποίθησης και της διάθεσης του νοσηλευόμενου ασθενούς

-Μείωση του φόβου, των αποτελεσμάτων των στρεσογόνων ερεθισμάτων και του άγχους.

Οι ασθενείς που μπορούν να επωφεληθούν από τη μουσικοθεραπεία μπορούν να ανήκουν σε πολλές κατηγορίες, όπως: άνθρωποι όλων των ηλικιών με προβλήματα ψυχιατρικού/ψυχολογικού τύπου, ανήλικοι με χρόνιες νόσους, με μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα ανάπτυξης, υπερήλικες που έχουν διάφορες μορφές αντικανότητας ή γεροντική άνοια, ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες από αιμορραγικά ή εμφραγματικού τύπου επεισόδια, πάσχοντες από νόσο Αλτσχάιμερ, άτομα με προβλήματα εθισμού σε εξαρτησιογόνες ουσίες, άτομα με ειδικές δεξιότητες (ΑΜΕΑ) ή άλλα σωματικά/ψυχικά μειονεκτήματα, ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ή οξύ πόνο και επίτοκοι (γυναίκες λίγο πριν και κατά τη διάρκεια του τοκετού).

4.2.9. Ανθοθεραπεία

Η ανθοθεραπεία ανήκει στις λεγόμενες «ενεργειακές» ή «εναλλακτικές» προσεγγίσεις. Αυτό συμβαίνει επειδή τα ενεργά συστατικά και ο τρόπος δράσης των ανθοθεραπευτικών σκευασμάτων (των ανθοϊαμάτων) δεν μπορούν να ανιχνευτούν σε μοριακό επίπεδο, ούτε να διερευνηθούν με τα υπάρχοντα επιστημονικά μέσα, εκτός αν χρησιμοποιηθούν και πάλι ενεργειακές μέθοδοι, όπως π.χ. η φωτογραφική μέθοδος Kirlian. Η ανθοθεραπεία βρίσκεται σε αρμονία με τους νόμους της φύσης, σεβόμενη τον άνθρωπο στο σύνολο του, διευκολύνοντας τον με γλυκύτητα στο νοητικό, το ψυχικό και το φυσικό επίπεδο. Εμφανίζεται στην εποχή μας κατά τη δεκαετία του 1930 από τις εργασίες του Άγγλου γιατρού Dr Edward Bach. Τα ανθοϊάματα του Dr Edward Bach είναι τριάντα οχτώ συνολικά ουσίες, οι τριάντα επτά από αυτές μπορούν να παρασκευασθούν από αγριολούλουδα, θάμνους ή δέντρα ενώ η τελευταία είναι το καθαρό νερό κάποιας πηγής. Για την παρασκευή τους, που γίνεται με 100% φυσικό τρόπο, χρησιμοποιείται νερό πηγής, εκχυλίσματα αγριολούλουδων και σαν συντηρητικό μικρή ποσότητα brandy. Η παρασκευή αυτή συντελείται με την ηλιακή μέθοδο ή την μέθοδο του βρασμού.

Έχουν θεραπευτική δύναμη, επηρεάζουν θετικά την κατάσταση του νου, τις αρνητικές σκέψεις και συγκινήσεις και βοηθούν στη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ ψυχής και προσωπικότητας. Βασίζονται στην αναγνώριση των ελαττωμάτων του ανθρώπου και την ανάπτυξη της αντίθετης αρετής, έτσι ώστε να υπάρξει ισορροπία και να εξαφανιστεί η σύγκρουση ανάμεσα στην ψυχή και την προσωπικότητα που είναι η μοναδική αιτία της ασθένειας και ο άνθρωπος να αποκτήσει πάλι την ψυχική και σωματική του υγεία. Τα ανθοϊάματα απευθύνονται σε όλους τους ανθρώπους, από το νεογέννητο μέχρι το ηλικιωμένο άτομο, σε φυτά και ζώα, από τη στιγμή που έχει αποδειχτεί ότι και εκείνα παρουσιάζουν ποικιλία συναισθημάτων, αντίστοιχα εκείνων των ανθρώπων.

Επιτρέπονται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, και είναι ιδιαίτερα ωφέλιμα σε οποιαδήποτε μορφή πάθησης. Δεν αντικαθιστούν την κλασσική ιατρική, αλλά την συμπληρώνουν ενισχύοντας σημαντικά το ανοσοποιητικό σύστημα των ασθενών, ισορροπώντας τα αρνητικά συναισθήματα και ενεργοποιώντας την ικανότητα του οργανισμού να αυτοθεραπεύεται. Τα ανθοϊάματα επιτρέπονται τόσο με την κλασσική ιατρική όσο και με όλες τις μορφές εναλλακτικών θεραπειών, όπως Ομοιοπαθητική, Βελονισμό, Αρωματοθεραπεία, Βοτανοθεραπεία, Ρεφλεξολογία κ.λπ. Η βελτίωση εμφανίζεται αμέσως ή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, ανάλογα με την ηλικία, το περιβάλλον που ζει κάποιος, το είδος και τη χρονική διάρκεια του προβλήματος, τη διάθεση του ατόμου. Η καλύτερη και γρηγορότερη αποτελεσματικότητα φαίνεται στα παιδιά που δεν έχουν αναπτύξει άμυνες και αντιστάσεις σε σχέση με τους ενήλικες που φοβούνται, αμφιβάλλουν, δυσπιστούν και απογοητεύονται γρήγορα.

Δεν έχουν παρενέργειες, η χρήση τους δεν αντενδεικνύεται μαζί με άλλα φάρμακα, δεν προκαλούν εθισμό έτσι το άτομο μπορεί να τα διακόψει όποτε θελήσει χωρίς να έχει κάποια αρνητική συνέπεια, χρησιμοποιούνται για όσο διάστημα ο άνθρωπος τα χρειάζεται. Η ποσότητα brandy που χρησιμοποιείται για τη συντήρηση τους είναι ελάχιστη και συνήθως δεν προκαλεί παρενέργειες σε περιπτώσεις προβλήματος αλκοόλ. Κατά τις τελευταίες δυο δεκαετίες η ανθοθεραπεία γνώρισε σημαντική εξάπλωση και συγχρόνως εμπλουτίστηκε με ένα μεγάλο αριθμό νέων ανθοϊαμάτων που έχουν ήδη διευρύνει σημαντικά τις δυνατότητες της. Στα τριάντα οχτώ ανθοϊάματα του Dr Edward Bach έχουν ήδη προστεθεί νέα ανθοϊάματα από όλο τον κόσμο, τα περισσότερα των οποίων έχουν διαφορετικές ιδιότητες από εκείνα του

Bach, που αξίζει κάποιος να τα γνωρίσει και να ωφεληθεί από αυτά. Τα πιο γνωστά είναι: FES CALIFORNIA, AUSTRALIAN BUSH ESSENCES, PEGASUS, LIVING ESSENCES OF AUSTRALIA κ.λπ. Λόγω της σημαντικότητας των αποτελεσμάτων της, η ανθοθεραπεία έχει ήδη προσελκύσει το ενδιαφέρον μέρος της επιστημονικής κοινότητας και έχει αρχίζει έτσι να συστηματοποιείται η έρευνα από πλευράς όσων γιατρών και επαγγελματιών του χώρου της υγείας φαίνονται να κατανοούν τα οφέλη και τις δυνατότητες της ανθοθεραπείας.

4.2.10. Ρέικι – Θεραπευτική αφή

Το ρέικι ανακαλύφθηκε στο Κίιοτο της Ιαπωνίας το 1926 από τον Μικόο Ουσούνι και μετά τη δεκαετία του '70 άρχισε να διδάσκεται στη δύση. Στα ιαπωνικά «ρέι» σημαίνει συμπαντικό ή πνευματικό και «κι» σημαίνει συμπαντική ζωτική ενέργεια. Σήμερα το ρέικι εξασκείται και διδάσκεται σε όλες τις πόλεις όλων των χωρών του κόσμου. Είναι μια φυσική θεραπευτική τεχνική που στηρίζεται στη μετάδοση ζωτικής ενέργειας μέσω του απαλού αγγίγματος των χεριών πάνω στο σώμα.

Η εκμάθησή του περιλαμβάνει τρία στάδια (τρεις βαθμούς) στα οποία το άτομο αφυπνίζει την έμφυτη φυσική του ικανότητα να δίνει ενέργεια με τις παλάμες του. Ο πρώτος βαθμός διδάσκεται σε ένα διήμερο συνήθως και θα πρέπει να περάσει αρκετός χρόνος μέχρι τον δεύτερο βαθμό. Σε αυτό το βαθμό το άτομο λαμβάνει όλα τα βασικά για το ρέικι (τι είναι, την ιστορία του, τα οφέλη του κλπ.), την μύηση του και μαθαίνει να κάνει αυτοθεραπεία αλλά και αλλοθεραπεία. Ο πρώτος βαθμός μπορεί επίσης να περιλαμβάνει επιπλέον τεχνικές, διαλογισμούς, καθαρισμό της αύρας, και πιθανά να παρέχονται σημειώσεις ή κάποιο βιβλίο. Ο δεύτερος βαθμός διδάσκεται επίσης σε ένα διήμερο μετά από δύο ή τρεις μήνες από τη μύηση στον πρώτο, και αφού έχει προηγηθεί αυτοθεραπεία και προσωπική εργασία του ατόμου. Περιλαμβάνει επιπλέον ενεργειακούς συντονισμούς, τρία ενεργειακά σύμβολα, τις χρήσεις τους και εξάσκηση και προχωρημένες ενεργειακές τεχνικές όπως ρέικι από απόσταση, ρέικι σε στόχους, θεραπεία των τσάκρας, ρέικι στο παρελθόν και στο μέλλον, θεραπεία του υποσυνείδητου, καθαρισμός του χώρου, ενδυνάμωση κ.λπ. Ο

τρίτος βαθμός μπορεί αν δοθεί μετά από πολλή προσωπική εργασία και θεραπεία και εφόσον έχουν εφαρμοστεί οι τεχνικές του πρώτου και του δεύτερου βαθμού για αρκετούς μήνες. Περιλαμβάνει επιπλέον συντονισμό, ένα επιπλέον σύμβολο και εντατική εκπαίδευση με διαλογισμούς και τεχνικές. Συχνά ο τρίτος βαθμός χωρίζεται σε δυο τμήματα: το 3A (επίπεδο μάστερ) και το 3B (επίπεδο δασκάλου). Το άτομο μπορεί να βιώνει την ενέργεια του μυός σαν κάψιμο, μυρμήγκιασμα, ηλεκτρισμό, δόνηση, κύμα ροής ή κρύο. Το άγγιγμα του ρέικι δίνει βαθιά ηρεμία χαλάρωση, γαλήνη. Βελτιώνει την άμυνα του οργανισμού και τη διάθεση και επιφέρει ήπια αποτοξίνωση και ψυχοσωματικό καθαρισμό.

4.2.11. Ρεφλεξολογία

Η λέξη ρεφλεξολογία αναφέρεται σήμερα σε μια μέθοδο θεραπείας, κατά την οποία ανατακλαστικά σημεία πάνω στα πέλματα πιέζονται μ' έναν συγκεκριμένο τρόπο ώστε να προκαλέσουν κάποια επιθυμητά αποτελέσματα σε περιοχές του σώματος που είναι πολύ μακριά από τα πόδια. Παρόμοια ανατακλαστικά σημεία υπάρχουν στα χέρια, αλλά η αντίδραση των ανατακλαστικών σημείων στα πέλματα είναι καλύτερη. Θεωρείται μια ολιστική θεραπευτική τέχνη που θέλει να αντιμετωπίζει το άτομο ως ολότητα, προκειμένου να επιφέρει μια κατάσταση ισορροπίας και αρμονίας στο σώμα, στο νου και στο πνεύμα. Ο όρος ρεφλεξολογία, αυτός καθαυτός είναι σύνθετος. Ετυμολογικά προέρχεται από την αγγλική λέξη reflex, που σημαίνει ανατακλαστικό και την ελληνική κατάληξη -ολογία. Συνεπώς, αν θέλει κάποιος να εξηγήσει τον όρο θα τον ονόμαε «Ανατακλασιοθεραπεία» ή «Ανατακλαστική θεραπεία». Όμως έχει επικρατήσει στην ελληνική γλώσσα ο όρος ρεφλεξολογία. Η ρεφλεξολογία προέρχεται από μία μέθοδο που ήταν αρχικά γνωστή σαν «Θεραπεία ζωνών», ένας όρος που μερικές φορές χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες μικρές διαφορές ανάμεσα στις δύο μεθόδους, όπως θα δείξει η παρουσίαση της ιστορίας της ρεφλεξολογίας.

Στόχος της ρεφλεξολογίας είναι η επιστροφή στην ομοιόσταση, η οποία βασίζεται στην συνεχή ροή της ενέργειας και την ενεργειακή ισορροπία στα κανάλια - μεσημβρινούς. Το σημαντικότερο βήμα προς την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η

μείωση της έντασης και η πρόκληση χαλάρωσης. Έτσι βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος με αποτέλεσμα όλα τα συστήματα να λειτουργούν καλύτερα. Αυτό επιτυγχάνεται με την εφαρμογή ειδικών και κατάλληλων πιέσεων-μαλάξεων στα αντανακλαστικά σημεία των πελμάτων. Με αυτόν τον τρόπο επαναφέρει την ανεμπόδιστη ροή της ζωτικής ενέργειας στον ανθρώπινο οργανισμό, βοηθώντας τον να βρει την ισορροπία του και επομένως τη χαμένη του υγεία. Με τη ρεφλεξολογία εκτός αυτού υπάρχει η δυνατότητα της πρόληψης και η διατήρηση της υγείας. Η ρεφλεξολογία είναι μια μορφή θεραπείας που δεν έχει παρενέργειες. Συχνά όμως, όταν ο άνθρωπος δέχεται για πρώτη φορά αγωγή ρεφλεξολογίας, μπορεί να ακολουθήσει μία κατάσταση που ονομάζεται «θεραπευτική αντίδραση». Η θεραπευτική αντίδραση, οφείλεται στην απότομη προσπάθεια του οργανισμού να απαλλαγεί από τη συσσωρευμένη κούραση, την ένταση και τις τοξίνες. Η θεραπευτική αντίδραση προκαλεί ελαφρύ πονοκέφαλο, διαφοροποίηση στην λειτουργία του εντέρου καθώς και μυϊκό πόνο παρόμοιο με αυτόν που ακολουθεί μετά από έντονη άσκηση. Η θεραπευτική αντίδραση είναι απόλυτα ασφαλής, μικρής διάρκειας και καθώς αποτελεί μια ενδογενή αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού, ερμηνεύεται ως ένας θετικός δείκτης σε ότι αφορά την ανταπόκριση του θεραπευόμενου στην ρεφλεξολογία.

4.2.12. Βιοσυntonιστική θεραπεία

Ο σκοπός της θεραπείας αυτής είναι να τροφοδοτήσει το σώμα με μια «θεραπευτική ώθηση» και να μεταβάλει προς το φυσιολογικό επίπεδο τις ηλεκτρομαγνητικές δονήσεις των κυττάρων. Αυτό θα υποβοηθήσει την θεραπευτική διαδικασία και την ομαλοποίηση των μεταβολικών λειτουργιών του κυττάρου και θα βελτιώσει την επικοινωνία με τα γειτονικά κύτταρα. Τα κύτταρα του σώματος μπορούν να λαμβάνουν και να στέλνουν ηλεκτρομαγνητικές δονήσεις. Συntonισμός υφίσταται όταν ένα κύτταρο εκλαμβάνει μια ηλεκτρομαγνητική δόνηση, η οποία προορίζεται ακριβώς γι' αυτό το κύτταρο. Ανάλογα με το επιθυμητό τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας, αυτή η πληροφορία της συχνότητας, μειώνεται, ενισχύεται ή και «αντιστρέφεται» (αρχή της φυσικής, κατά την οποία αν υπάρξουν ταυτόχρονα δύο ταλαντώσεις της ίδια μορφής σε αντίθετη φάση

αλληλοεξουδετερώνονται-χρησιμοποιείται π.χ. στην θεραπεία των αλλεργιών). Πέρα όμως από την θεραπεία των αλλεργιών και των δυσανεξιών στις τροφές η θεραπεία του βιοσυντονισμού έχει εφαρμογή και σε παθήσεις που προκαλούν χρόνιο πόνο. Ο κύριος στόχος της βιοσυντονιστικής θεραπείας είναι η ενεργοποίηση του ενδογενούς συστήματος ρύθμισης (ομοιοστασίας) και η απελευθέρωση του από τις παρενοχλητικές παθολογικές επιδράσεις με τέτοιο τρόπο, ώστε να επέλθει η ίαση.

4.2.13. Οζονοθεραπεία

Η οζονοθεραπεία εφαρμόζεται σε πολλές χώρες, όπως στη Γερμανία -όπου και «γεννήθηκε» ως θεραπεία-, στην Αυστρία, στην Ελβετία, στην Ιταλία, στην Κίνα, στην Κούβα και στις Η.Π.Α. Στη Ελλάδα εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1992. Χρησιμοποιείται ευρέως στην Ευρώπη πάνω από 50 χρόνια. Χρησιμοποιούνται βελόνες λεπτές ινσουλίνης για να είναι ανώδυνη η εφαρμογή της θεραπείας και γίνεται ένεση μείγματος όζοντος με οξυγόνο (ενδοαρθρική, ενδομυϊκή, υποδόρια). Μετά τη χορήγηση του όζοντος προκαλείται ένα ελεγχόμενο οξειδωτικό στρες που κινητοποιεί το αντιοξειδωτικό ενζυμικό σύστημα, διεγείροντας την υπερέκκριση αντιοξειδωτικών ενζύμων (superoxidismutase (SOD), catalase, glutatioperoxidase κ.λπ.) έτσι επαναρρυθμίζει τον διαταραγμένο μεταβολισμό της περιοχής, με άμεση συνέπεια τη βελτίωση των μηχανισμών αποκατάστασης της φλεγμονής, παράλληλα ενεργοποιεί, «αφυπνίζει» το ανοσοποιητικό σύστημα, ενισχύοντας τους επανορθωτικούς μηχανισμούς του οργανισμού.

5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι θεραπευτές του πόνου και του άγχους για το θέμα της αισθητικής του σώματος με επαρκείς γνώσεις αξιολόγησης και αποτελεσματικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Γι' αυτό κρίνεται επιβεβλημένη η άμεση βελτίωση της εκπαίδευσης και συνεχιζόμενο επίπεδο που θα πρέπει να στηρίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών μάθησης του συγκεκριμένου θεραπευτικού πληθυσμού, η εκπαίδευση και κατανόηση των παραπάνω θεραπευτικών μεθόδων που αναφέρθηκαν, ειδικά στις ενότητες που αναλύεται η χρήση και οι ιδιότητες νέων συσκευών αρνητικής πίεσης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν επαρκώς στην αντιμετώπιση του πόνου στο σώμα και του άγχους για την αισθητική του σώματος, η επάρκεια του προσωπικού με επαρκής γνώσεις και καλή συνεργασία μπορεί να οδηγήσει στην εξατομικευμένη προσέγγιση και μπορεί να δοθεί επιμελώς σε κάθε ασθενή η υποστήριξη που χρειάζεται και η διδασκαλία των ασθενών, ώστε να μπορούν να ακολουθούν κατάλληλες τεχνικές που θα αφορούν τον τρόπο χρήσης των παραπάνω θεραπειών. Έτσι δίδεται καλύτερο αποτέλεσμα και σχετική ενημέρωση πώς μπορούν να χρησιμοποιούν και συντηρητικούς τρόπους ανακούφισης από τον πόνο όπως για παράδειγμα τη χρήση επιθεμάτων, αναπνευστική θέση κ.λπ.

Οι προσωπικές πεποιθήσεις καθώς και οι εμπειρίες του κάθε ασθενή για τον πόνο και το άγχος είναι δύο παράμετροι που πρέπει να γνωρίζει το θεραπευτικό προσωπικό προκειμένου να κατανοήσει τις αντιδράσεις του ασθενή και την ένταση του πόνου. Επικρατεί ο φόβος καθώς και ένας πιθανός αρνητισμός του ασθενή για την πορεία της νόσου, καθώς επίσης όταν δεν υπάρχει στήριξη από το στενό περιβάλλον. Επιπλέον, ο ασθενής έχει την τάση να μεγαλοποιεί τα συμπτώματά του.

Στηρίζοντας αυτούς τους ασθενείς με κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη μειώνεται παράλληλα και η ένταση των συμπτωμάτων τους. Οι έρευνες είναι

αναγκαίες για την πλήρη κατανόηση του αποτελέσματος της μόρφωσης και της εμπειρίας στην πρακτική.

Η πολιτεία και γενικότερα όλοι οι αρμόδιοι που κατέχουν ηγετικές θέσεις και δίνουν κατευθύνσεις στο χώρο της υγείας, πρέπει να δημιουργήσουν, σε τακτά χρονικά διαστήματα, εκπαιδευτικά προγράμματα, όπου όλοι οι θεραπευτές να ενημερώνονται διαρκώς για τις νέες εξελίξεις και τεχνικές στο χώρο της υγείας. Να αποκτούν ειδίκευση και έγκυρες γνώσεις να μπορούν με σιγουριά να τις υλοποιούν στην πράξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Αλεξιάτου-Hassan, B., 2009. Ayurveda: Ayurvedic Massage στην πράξη. Θεσσαλονίκη: Yoga World.

Βένελς, Ν., 2003. Ρέϊκι: Μαθαίνοντας Τεχνικές Φυσικής Θεραπείας. Αθήνα: Κέδρος.

Δαβάρης Π. (1999) Ειδική Παθολογική Ανατομική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Ευαγγελάτος Ν.Γ., Βαϊόπουλος Α.Γ., 2008. Ολιστική Ιατρική: Ολική Επαναφορά. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 25(6):790-798.

Καλλιστράτος Η., 2004. Θεωρίες του πόνου, 18ο Συνέδριο ελληνικής εταιρείας φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα.

Κόιος Ν., 2003. Ηθική θεώρηση των Τεχνικών Παρεμβάσεων στο Ανθρώπινο Γονιδίωμα, Αθήνα, εκδ. Σταμούλη.

Lambolely, D., 2004. Ρεφλεξολογία: για όλους. Αθήνα: Lector

Mckee H. and Du Vivier A. (1997) Κλινική Δερματολογία. Μετάφραση-Επιμέλεια: Στρατηγός Ι., Βαρελτζίδης Α. και Σταυρόπουλος Π. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Ντίνκα Λ., 2004. Οξύς και χρόνιος πόνος, 18ο Συνέδριο ελληνικής εταιρείας φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα.

Παπουτσόπουλος Χ., 2004. Δια πονούντας και θλιβομένους, Αθήνα, εκδ. Σωτήρ.

Πρίνου-Πολυχρονιάδου, Λ., 2003. Μουσική και ψυχολογία:εισαγωγή στη μουσικοθεραπεία. 4η Έκδοση επιμ. Αθήνα: Θυμάρι.

Pascaud, G. και συν., 2009. Εναλλακτικά μονοπάτια υγείας. Αθήνα: Lector.

Σερβίτη, Ι., 2009. Άρωμα ζωής: τα μυστικά της αρωματοθεραπείας. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί.

Stevens A. and Lowe J. 1993. Ιστολογία. Μετάφραση-Επιμέλεια: Κίττας Μ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

ΕΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Arena G., Blanchard B., 2001. Therapy for chronic pain disorders 90:1769-1767.

Brattberg G., Thorslund M., Wilkman A., 1989. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. Medline, 37(2):215-222.

Best Practice Statement, Gauze-based Negative Pressure Wound Therapy, 2008. Wounds UK, Aberdeen.

Bryant R, ed., 2000. Acute and Chronic Wounds. 2nd ed. St. Louis, Mo: Mosby.

Collins S.L., Moore R.A., McQuay H.J., 1997. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters. Medline, 72(1-2):95-97.

Crombez G., Vleyen J.W., Heuts P.H., Lysens R., 1999. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. Medline, 80(1-2):329-339.

Crook J., Rideout E., Browne G., 1999. The prevalence of pain complaints in a general population. Medline, 18(3):299-314.

Daut R.L., Cleeland C.S., Franery R.C., 2004. Development of the Wisconsin brief pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Medline*, 17(2):197-210.

Dennis T.C., Herta F., 2006. The cognitive - behavioural approach to pain management. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. Elsevier Churchill Livingstone.

Eccleston C., 2001. Role of psychology in pain management. *British Journal of Anesthesia* 87:144-152.

Farrar J.T., Portenoy R.K., Berlin J.A., Kinman J.L., Strom B.L., 2000. Defining the clinically important difference in pain outcome measures. *Medline*, 1;88 (3):287-294.

Farrar J.T., Young J.P., La Moreaux L., Werth J.L., Poole R.M., 2001. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Medline*, 94(2):149-158.

Greasley P., Chiu L.F., Gartlands M., 2001. The concept of spiritual care in mental health nursing, *J Adv Nurs*, 1:629-637.

Guyton A.C., Hall J.E., 2001. *Human Physiology and Mechanisms of Disease*. Επιμέλεια Ευαγγέλου Α. 6η Εκδ. Αθήνα, εκδ. Παρισιάνος. 2001.

Haythorn A.J., 2006. Assessment of pain beliefs, coping and function 20:317-328. Elsevier Churchill Livingstone.

Lawrence W., Gerard M., 2003. Current Surgical Diagnosis and Treatment, 11th Ed By McGraw-Hill/Appleton & Lange.

Morykwas, M., et al., 2001. Effects of varying levels of subatmospheric pressure on the rate of granulation tissue formation in experimental wounds in swine. *Annals of Plastic Surgery*, 47(5):547-551.

Paglinawan, R.A., 2008. Comparative study of the influence of different pressure levels combined with various wound dressings on negative pressure wound therapy (NPWT) driven wound healing. ETRS Malta 10-12 September 2008.

Price D., Pierre R., 2006. Hypnotic Analgesia. Wall and Melzack's Textbook of Pain. Elsevier Churchill Livingstone.

Tunks, R., Marskey H., 2001. Psychotherapy in the management of chronic pain. *Bonica's management of pain*. Lippincott Williams and Wilkins. 93:1789-1795.

Vlaeyen J.W., Linton S.J., 2000. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Medline*, 85(3):317-332.

Von Korff M., Dworkin S.F., Le Resche L., Kruger A., 2003. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Medline*, 32(2):173-183.

Wildwood, C., 2001. Ανθοϊάματα:φυσική θεραπευτική με εκχυλίσματα άνθεων. Αθήνα: Αλκυών. Wright, J., 2002. Ρεφλεξολογία και Πιεσοθεραπεία. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί.

Wacenfors A, Sjogren J, Gustafsson R, Algotsson L, Ingemansson R, Malmstro M., 2004. Effects of vacuum assisted closure therapy on inguinal wound edge microvascular blood flow. Wound Repair and Regeneration, 12(6):600-606.