

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ**

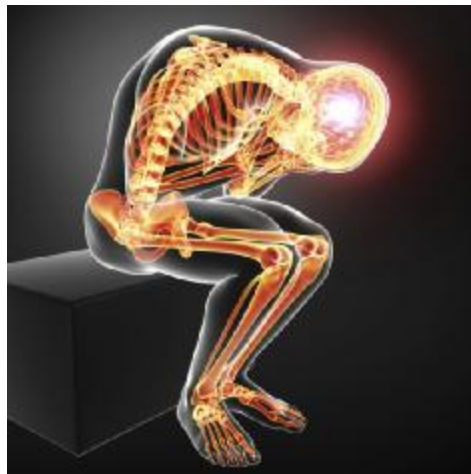
**IMPROVING THE QUALITY OF CARE THROUGH PAIN ASSESSMENT
AND MANAGEMENT**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΝΙΑΧΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΔΕΛΗΓΑΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ



Πάτρα

Μάρτιος 2017

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο πόνος, οξύς ή χρόνιος, είναι ένα χαρακτηριστικό του ανθρώπινου οργανισμού που τον προειδοποιεί είτε για κάποια σωματική είτε ακόμα και για ψυχολογική πάθηση. Το μεγαλύτερο ποσοστό του ανθρώπινου πληθυσμού πάσχει ή έχει μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσει αργότερα οξύ ή χρόνιο πόνο. Παρόλα αυτά όμως η ενημέρωση που υπάρχει στο ευρύ κοινό γύρω από τον πόνο είναι ελλιπής. Επειδή όμως θεωρώ ότι και στο νοσηλευτικό χώρο δεν είναι ευρέως γνωστά τα νεότερα δεδομένα για την αντιμετώπιση του πόνου, αποφάσισα να ασχοληθώ με αυτό το θέμα στην πτυχιακή μου εργασία.

Στην εργασία μου αυτή προσεγγίζω αφενός την πραγματικότητα που βιώνει ο ασθενής που πονά καθώς και αυτή του φιλικού ή και οικογενειακού του περιβάλλοντος, και αφετέρου τους τρόπους για να την αντιμετώπιση του πόνου μέσω της αξιολόγησης του πόνου.

Τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλουν να ενημερώσουν το οικογενειακό περιβάλλον ενός ασθενή με χρόνιο πόνο, ώστε να βοηθήσουν όσο το δυνατόν καλύτερα τον ασθενή.

Περίληψη

Είναι ήδη γνωστό ότι οι ασθενείς που πονούν παρουσιάζουν μια τεράστια ποικιλία και διαφοροποίηση συμπεριφορών και βιώνουν πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Ο πόνος αποτελεί μια κοινή εμπειρία που έχουν βιώσει σχεδόν όλοι οι άνθρωποι σε διάφορες περιόδους της ζωής τους. Χαρακτηρίζεται ως η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνδέεται με πραγματική ή επαπειλούμενη βλάβη ιστών ή ερεθισμό. Ο ορισμός της έννοιας εστιάζεται κυρίως στην υποκειμενική και ψυχολογική διάσταση του πόνου ανεξάρτητα εάν αυτός είναι οργανικής ή ψυχογενούς φύσεως. Στη σύγχρονη ιατρική πράξη εκτός από τις κλασικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου σταδιακά εφαρμόζονται και οι εναλλακτικές μέθοδοι επίλυσης ενός προβλήματος υγείας. Μέσω της αξιολόγησης ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να έχει μια σωστή διαχείριση του αλγούντα ασθενή.

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι να δείξει ότι μέσω της αξιολόγησης και της σωστής διαχείρισης του αλγούντα ασθενή μπορεί να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Παρά τις αντίξοες συνθήκες υπάρχει μια έντονη επιθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού για ενημέρωση και εκπαίδευση στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Εν κατακλείδι με τη σωστή αυτή ενημέρωση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και με την εξασφάλιση των κατάλληλων μέτρων αξιολόγησης μπορούν να αποκτήσουν ενεργή θέση στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων των ασθενών στον πόνο.

Summary

It is already known that patients with pain have a huge variety and differentiation behavior and experiencing abundance of biological, psychological and social problems. All people have experienced pain in different periods of their lives. Pain is characterized as an unpleasant sensory and emotional experience, associated with actual or impending tissue damage or irritation. The conceptual meaning of pain focuses primarily on subjective and psychological dimension whether its nature is organic or psychogenic. In modern medical practice apart from traditional methods of treating pain gradually alternative methods have implemented in solving a health problem. Assessment of pain is a tool for the healthcare professional in the management of patient.

AIM: The aim of this thesis is to show that through evaluation and the right management of patient can improve the quality of nursing care.

CONCLUSION: Despite the unfavorable conditions there is a strong desire of the nursing staff for information and education on this subject. In conclusion, with the proper information and training of nursing personnel and by ensuring proper evaluation measures, nurses can obtain active position in dealing with the daily problems of patients in pain.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
Περίληψη	3
Summary	4
Εισαγωγή.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΠΟΝΟΣ.....	10
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	10
1.2. Ο ορισμός του πόνου	13
Κεφάλαιο 2 ^ο	14
2.1. Παθοφυσιολογία του πόνου	14
2.2. Η μεταβίβαση	16
2.1.1 Η νωτιοθαλαμική οδός.....	16
2.1.2. Η νωτιοϋποθαλαμική οδός.....	17
2.1.3. Η νωτιοδικτυωτή και η νωτιομεσεγκεφαλική	17
2.3. Οι θαλαμοφλοιώδεις προβολές	17
2.4. Η τροποποίηση	19
2.5. Gate Theory Control – Η θεωρία της πύλης του πόνου.....	19
2.6. Η αντίληψη του πόνου.....	21
2.7. Ο ψυχογενής πόνος	22
Κεφάλαιο 3 ^ο ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	24
3.1 Ταξινόμηση του πόνου.....	24
3.2 Είδη του πόνου	24
3.2.1. Οξύς πόνος.....	24
3.2.2. Χρόνιος πόνος	26
3.3. Παράγοντες μετατροπής του οξέως σε χρόνια πόνο.....	27
3.4. Μέθοδοι αξιολόγησης του πόνου	27
3.4.1. Περιγραφική κλίμακα (Verbal Rating Scale-VRS).....	28
3.4.2. Οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale-VAS).....	28
3.4.3. Αριθμητική κλίμακα (Numerical Rating Scale-NRS)	29
3.4.4. Κλίμακα βαθμονόμησης με προσωπεία (Faces Pain Scale FPS).....	30
3.4.5. Το ερωτηματολόγιο πόνου του McGill- MPQ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	32

4.1.ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ Ή ΤΟΥ ΟΞΕΩΣ ΠΟΝΟΥ.....	32
4.1.1. Στον ασθενή	32
4.1.2. Στο περιβάλλον του.....	33
4.1.3. Στο σύστημα υγείας.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°	35
5.1.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	35
5.1.1. Γενικά περί φαρμακευτικής αντιμετώπισης του πόνου	35
5.2. Κατηγορίες φαρμάκων.....	36
5.2.1 Μη στεροειδή φάρμακα.....	36
5.2.2. Οπιούχα φάρμακα	37
5.2.3. Αντικαταθλιπτικά	37
5.2.4. Αντισπασμωδικά	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°	39
6.1.ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	39
6.1.1. Τι είναι η εναλλακτικές μορφές αντιμετώπισης του πόνου.....	39
6.2. Ομοιοπαθητική.....	41
6.2.1. Τι είναι η ομοιοπαθητική	41
6.3.Βελονισμός.....	45
6.3.1.Ορισμός.....	45
6.4. Ηλεκτροθεραπεία-TENS	49
6.4.1. Τι είναι το TENS (ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΝΕΥΡΟΕΡΕΘΙΣΜΟΣ).....	49
6.5. Μουσικοθεραπεία	52
6.5.1. Τι είναι Μουσικοθεραπεία	52
6.5.2. Η θεραπεία	53
6.6. Botox	55
6.7. Ιατρείου Πόνου.....	56
Ψυχολογική Υποστήριξη.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°	59
7.1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	59
7.1.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον αλγούντα ασθενή.....	59
7.1.2. Ο νοσηλευτής ως φυσική παρουσία.....	60
7.1.3. Ο νοσηλευτής ως κρίκος ανάμεσα στους άλλους επαγγελματίες υγείας	61

7.1.4. Ο νοσηλευτής ως μέσω επικοινωνίας.....	62
7.1.5. Ο νοσηλευτής ως συνήγορος του ασθενούς.....	62
7.1.6. Ο νοσηλευτής και η αντιληπτική του ικανότητα	63
Κεφάλαιο 8 ^ο	65
8.1.Νοσηλευτική διεργασία.....	65
8.1.1.1 ^η κλινική περίπτωση.....	65
8.1.2.2 ^η κλινική περίπτωση.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77
Ελληνική	77
Ξενόγλωσση.....	78
ΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	79

Εισαγωγή

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο με σημαντικές επιπτώσεις. Υπολογίζεται ότι 18% του πληθυσμού της Ευρώπης, βιώνει μέσο έως σοβαρό χρόνιο πόνο. Ως πόνος ορίζεται μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης. Χρόνιος πόνος ορίζεται εκείνος με βραδεία έναρξη και παρατεταμένη διάρκεια που δεν εμφανίζει συχνότερα εύκολα αναγνωρίσιμη αιτιολογική σχέση με συγκεκριμένη νόσο ή τραύμα και παραμένει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών.

Η επίδραση του στην ποιότητα ζωής του αλγούντα ασθενή είναι καταλυτική επιδεινώνοντας την αντίληψη του «υποφέρειν» και προκαλώντας σημαντική αναπηρία. Η επίδραση του χρόνιου πόνου δεν αφορά μόνο τον αλγούντα ασθενή αλλά και την οικογένεια του και το σύστημα υγείας, αυξάνοντας το οικονομικό κόστος. Η διαχείριση των ασθενών με πόνο περιλαμβάνει φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, αλλά σημαντική πρόκληση της διαχείρισης του αποτελεί η ικανοποιητική αξιολόγηση του.

Οι αρχαίοι Έλληνες υποστήριζαν ότι ένας υγιής νους βρίσκεται πάντα μέσα σε ένα υγιές σώμα. Πολυάριθμες, όμως, μελέτες αποκαλύπτουν πως το ευ ζην επηρεάζεται άμεσα από την ψυχική διάθεση του ανθρώπου. Η αμφίδρομη επιρροή ανάμεσα στο σώμα και το πνεύμα είναι πλέον αποδεκτή σε τέτοιο βαθμό, ώστε να θεωρείται φυσιολογική και δεδομένη η κατάρπτωση του σώματος αν και το πνεύμα νοσεί. Οι αρχέγονες ρίζες του ανθρώπινου πόνου αντηχούν στην κραυγή του νεογνού, ένδειξη της πρώτης τραυματικής εμπειρίας κατά τη μετάβαση από την αμνιωτική στην έμβια ζωή. Κάθε ανθρώπινη πράξη διατρέχει την πορεία της από το λίκνο ως το θάνατο, στενά συνυφασμένη με τη διεισδυτική παρουσία του πόνου. Ο Todd (1985) αναφέρει: «χωρίς αυτόν η ζωή θα ήταν μια ισοπεδωτική αυταρέσκεια και το ανθρώπινο γένος δεν θα είχε επιβιώσει» (Καλλιστράτος 2004).

Στις χιλιετηρίδες της ιστορίας, ο άνθρωπος προσπάθησε να κατανοήσει την φύση του επιβλαβή ευεργέτη του, αλλά ακόμη και σήμερα αντιμετωπίζει με δέος το αντιφατικό αυτό φαινόμενο, το οποίο αποτελεί ταυτόχρονα ευλογία και κατάρα. Αφενός ο πόνος, ως σημαντικός αμυντικός μηχανισμός, λειτουργεί σαν σηματοδότης κινδύνου του οργανισμού. Παράλληλα, μπορεί να αποβεί μέσο απόκτησης δύναμης, βάθους και αληθινής σοφίας, καθώς και να

προσφέρει ευκαιρίες για ηρωισμό. Ο πόνος μεγαλώνει τις διατάσεις της ψυχής. Αφετέρου ο πόνος είναι ταπεινωτικός και γίνεται απάνθρωπος. Απειλεί την αυτονομία του ατόμου – καταστρέφει κάθε έννοια αυτοεκτίμησης – συνοδεύεται από συναισθήματα απελπισίας, εξάρτησης, αχρηστοζωίας και μοναξιάς. Και το μέγιστο καταστρέφει τη θέληση για ζωή. Ιδιαίτερα όταν συνοδεύει τη βαριά ή άγνωστης προέλευσης ασθένεια, απειλεί τα θεμέλια της προσωπικότητας του ανθρώπου, την κοινωνική του θέση, την οικονομική του κατάσταση, την ακεραιότητά του και καμιά φορά και την ίδια του τη ζωή.

Από τη λίθινη εποχή αναζητούνται τρόποι ερμηνείας και αντιμετώπισής του. Το πανάρχαιο αυτό βιολογικό φαινόμενο αναγνωρίζεται από τις μυθολογίες όλων των αρχαίων λαών σαν ένας από τους αρχαιότερους εχθρούς του ανθρώπου. Μετά την επαφή της αρχέγονης αντιμετώπισής του με μαγικά φίλτρα ή μαγικές επωδές έρχεται η ώρα των φυτικών φαρμάκων (Καλλιστράτος 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΠΟΝΟΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η έννοια του πόνου είναι άμεσα συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη. Δεν νοείται ανθρώπινο, και όχι μόνο, ον που να μην έχει βιώσει έστω και για μια φορά κατά τη διάρκεια της ζωής του το αίσθημα του άλγους. Για την σύγχρονη ιατρική ο πόνος είναι κάτι μη επιθυμητό. Παρόλα αυτά κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός ότι ο πόνος είναι ένας από τους σημαντικότερους μηχανισμούς άμυνας που διαθέτουν τα έμβια όντα και είναι το πιο πρώιμο ίσως σημείο νοσηρότητας. Η δυσκολία αξιολόγησης του πόνου έγκειται στο γεγονός ότι σαν υποκειμενικό αίσθημα δεν μπορεί να αξιολογηθεί με ακρίβεια και σαφήνεια σε κάθε άνθρωπο. Αν θελήσουμε να αναλύσουμε την έννοια του πόνου ετυμολογικά, βλέπουμε ότι προέρχεται από το ρήμα «πένομαι» που κατά τους Ομηρικούς χρόνους σημαίνει δουλεύω σκληρά, κοπιάζω, μοχλώ, κουράζομαι: κόπος, μόχθος, σωματικό ή και ψυχικό άλγος.

Τον καιρό του Ηροδότου σήμαινε δυσφορία και μόνο κατά τον καιρό του Ιπποκράτη συνδέθηκε άμεσα με τη νόσο ή τον τραυματισμό. Οι αρχαίοι μας πρόγονοι είχαν προσωποποιήσει και θεοποιήσει καθετί που τους φάνταζε παράξενο και δεν μπορούσαν να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν. Για τους αρχαίους Έλληνες λοιπόν ο Πόνος ήταν ο γιός της Έριδας, κόρης της Νύκτας. Είχε την υπόσταση του μυστηριώδους, του τελετουργικού, σκοτεινού και απόκρυφου όντος που ελέγχεται απόλυτα από τους θεούς και αποστέλλεται ως συνέπεια της παράβασης των ηθικών νόμων και είχε ως σκοπό την τιμωρία και κατά συνέπεια την εξιλέωση του ατόμου. Αποτελούσε ουσιαστικά τιμωρία των ανθρώπων για την αποδοχή της κλοπής της φωτιάς από τον Προμηθέα (Παπαβασιλείου και Ρόζος, 1979).

Ο πόνος στην αρχαία Ελλάδα ήταν «κυρίως γυναικείο θέμα» και οι άνδρες είχαν την υποχρέωση και το καθήκον να τον αγνοούν και να τον περιφρονούν κάτι που αναδείκνυε την αξία τους και τον διαχωρισμό τους από τις γυναίκες. Ο Σοφοκλής στον «Αίαντα» κάνει σαφή τον φαύλο κύκλο που διέπει τον πόνο: « Πόνος πονώ πόνον φέρει». Στην Ιουδαϊκή παράδοση, πολύ παλαιότερα από την Αρχαιοελληνική, ο πόνος είναι μια δοκιμασία απόρροια του προπατορικού αμαρτήματος προς τον άνθρωπο ένοχο, δίκαιη και επιβεβλημένη από τον Θεό. Συνεχίζοντας την ιστορική μας αναδρομή φτάνουμε στον Μεσαίωνα. Στην σκοτεινή αυτή περίοδο της ανθρώπινης

ιστορίας επικρατεί η φεουδαρχική κουλτούρα η οποία ορίζεται από όσα πρεσβεύουν ως αξίες οι κληρικοί και οι πολεμιστές (Monro and Allen, 1978).

Στα πλαίσια αυτά ο πόνος θεωρείται εξευτελιστικός και μέγιστη ανθρώπινη αδυναμία, γι'αυτό και η άρχουσα τάξη αντιμετώπιζε τον πόνο «εξ'αποστάσεως» και δεν επέβαλλε παρά μόνο χρηματικές ποινές στα μέλη της. Στον αντίποδα η ίδια κουλτούρα επιβάλλει τον πόνο στις κατώτερες τάξεις και ουσιαστικά χωρίζει την κοινωνία σε δύο κατηγορίες, στους ευγενείς και στα παιδιά «ενός κατώτερου Θεού» στα οποία ανήκουν οι φτωχοί, οι γυναίκες, τα παιδιά, οι χωρικοί και οι σκλάβοι, οι οποίοι «αξίζουν» και επιβάλλεται να λάβουν ως Θεϊκή τιμωρία τον πόνο. Αξίζει να σημειώσουμε εδώ ότι ετυμολογικά στη λατινική γλώσσα η λέξη πόνος ταιριάζει πάρα πολύ με τη λέξη «roena» που σημαίνει ποινή. Η χειρουργική άρχισε να «ανθεί» στο Μεσαίωνα. Όμως με τα τότε χρησιμοποιούμενα φάρμακα δεν νοούνταν χειρουργική επέμβαση χωρίς πόνο (Magner, 1992).

Η κουλτούρα έπαιξε και εδώ πολύ σημαντικό ρόλο, οι πιστοί άνθρωποι έβλεπαν τον πόνο ως είδος θεϊκής δοκιμασίας για τους ίδιους και τους συνανθρώπους τους, σαν κάτι θεόσταλτο που έπρεπε να υπομείνουν αν ήθελαν να χαρακτηριστούν καλοί Χριστιανοί. Τον ρόλο του χειρουργού στον Μεσαίωνα τον έπαιζαν κατά κύριο λόγο οι κουρείς με τη βοήθεια σωματωδών ανδρών που ως σκοπό είχαν να κρατούν και να κινητοποιούν τον ασθενή. Στο στόμα των ασθενών τοποθετούσαν ένα ξύλο έτσι ώστε να μετριάσουν τις κραυγές τους και του υπέβαλλαν σε πολλαπλές αφαιμάξεις και υποκλυσμούς με σκοπό να αποβληθεί το «κακό» αίμα. Εύκολα μπορεί να καταλάβει κάποιος χωρίς να έχει πολλές γνώσεις ιατρικής ότι η κατάσταση αυτή εξαντλούσε τον ασθενή με τον έφερνε σε μια ημικωματώδη αν όχι κωματώδη κατάσταση πράγμα που ανάγκαζε τον «χειρουργό» να συντομεύει την επέμβαση (Carter, 1996).

Τα πρώτα ελληνικά στοιχεία αντιμετώπισης πόνου αποκαλύπτονται στην ελληνική μυθολογία και τα ομηρικά κείμενα. Ο πόνος ήταν γιος της Έριδας και εγγονός της Νύχτας και δόθηκε σαν εκδίκηση στους ανθρώπους μετά την κλοπή της φωτιάς από τον Προμηθέα. Ο Ασκληπιός, γιος του Απόλλωνα, που είναι ο θεός θεραπευτής, θεωρείται ειδικός στην καταπολέμηση του πόνου. Την Ομηρική περίοδο παρατηρείται μέγιστη ανάπτυξη της ανατομίας, της τραυματιολογίας και της βιολογίας. Ως θεραπευτικά μέσα δεν χρησιμοποιούνται μαγικά μόνο επικλήσεις και εξορκισμοί αλλά δεξιοτεχνική ικανότητα με ήπια φάρμακα (βότανα) και χειρουργικές επεμβάσεις. Μέχρι και την εποχή της επιστημονικής περιόδου, που αρχίζει με τους

προσωκρατικούς φιλόσοφους και πριν τον Ιπποκράτη, πίστευαν ότι το κέντρο του πόνου ήταν η καρδιά και η θεραπεία του γίνεται με πρακτικό τρόπο ή με μαγικοθρησκευτικές τελετές. Ο Ιπποκράτης (460-360 π.Χ) δέχεται ως κέντρο των αισθήσεων τον εγκέφαλο και των συναισθημάτων την καρδιά και ισχυρίζεται ότι οποιαδήποτε διαταραχή στα τέσσερα στοιχεία του σώματος (φως –αέρας –γη –νερό) δημιουργούν πόνο. Χρησιμοποίησε περιορισμένα το όπιο, προτιμώντας άλλους τρόπους αναλγησίας όπως το μασάζ, τη θερμότητα, τα ιαματικά λουτρά, τα καταπλάσματα (Ντίνκα 2004).

Στους Βυζαντινούς χρόνους ο Αλέξανδρος ο Τραλλιανός και ο Νικόλαος ο Μυρεψός στο περίφημο «Αντιδοτάριο» του μελέτησαν τις ιδιότητες του οπίου. Με την επίδραση του Χριστιανισμού ακμάζει η φιλανθρωπία και η έμπρακτη έκφραση ενδιαφέροντος στους πάσχοντες συνανθρώπους χωρίς διάκριση. Αρχικά η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από άνδρες και γυναίκες της εκκλησίας. Αργότερα οι επαγγελματίες νοσηλευτές ανακουφίζουν τους πάσχοντες κάτω από την επίβλεψη και σκέπη της εκκλησίας στους ξενώνες ή στο σπίτι τους.

Στον Μεσαίωνα χρησιμοποιήθηκαν ευρέως σαν παυσίπονα, το ακόνιτο, η νεοσκιαμίνη και η μπελαντόνα. Την περίοδο της Αναγέννησης χρησιμοποιούνται φυσικά παυσίπονα (όπιο, βότανα, μάνδρακας) (Ευαγγελάτος, Βαϊόπουλος 2008).

Το 18ο αιώνα γίνονται από τον Stoerk οι πρώτες φαρμακολογικές πειραματικές μελέτες και το 1803 αποχωρίζεται για πρώτη φορά σε καθαρή μορφή το αλκαλοειδές του οπίου από τον Sertuner που του δίνει το όνομα Μορφίνη, από τον Μορφέα, θεό του ύπνου στην αρχαία Ελληνική Μυθολογία (Ντίνκα 2004).

Τον 19ο αιώνα παρασκευάζεται από τον Loewic το σαλικυλικό οξύ, εμφανίζονται τα συνθετικά αναλγητικά και συντίθεται το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (1897) από τον χημικό Fr Bayer. Επίσης απομονώνονται από τον Bybiqyer (1839) η κωδεΐνη, τον Merk (1843) η παπαβερίνη, τον Niemann (1859) η κοκαΐνη ενώ ο Morton (1847) χρησιμοποιεί τον αιθέρα (Ντίνκα 2004). Στα μέσα του 19ου αιώνα, μετά τη διεϊσδυση του οπίου στην Κίνα η ακετυλίωση της μορφίνης φέρνει στον κόσμο τη θυγατέρα της ηρωΐνη προσφιλές αντικείμενο των εμπόρων ναρκωτικών (Ευαγγελάτος, Βαϊόπουλος 2008).

Η τεράστια επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος του 20ου αιώνα, η πρόοδος της αναισθησιολογίας, νέες χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και νέα φάρμακα με εκλεκτική δράση συνέβαλαν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου (Ευαγγελάτο, Βαϊόπουλος 2008).

1.2. Ο ορισμός του πόνου

Τι ακριβώς είναι ο πόνος;

Πως εκφράζεται και πως κάθε άνθρωπος τον αντιλαμβάνεται;

Ίσως το πρώτο βήμα για έναν κλινικό γιατρό στο να βοηθήσει τους ασθενείς του να απαλλαγούν από αλγινό ερέθισμα είναι να καταλάβει την ορολογία του πόνου. Πόσοι όμως από εμάς θα μπορούσαν να περιγράψουν το συναίσθημα του πόνου με λόγια; Και αν μπορούσαν θα είχαμε την ίδια περιγραφή από όλους; Πολύ δύσκολο έως απίθανο γιατί όπως και σε κάθε συναίσθημα, σε κάθε ερέθισμα υπεισέρχεται η υποκειμενική αντίληψη του κάθε ανθρώπου. Ο πρώτος ορισμός για τον πόνο δόθηκε το 1979 από τον Διεθνή Οργανισμό Μελέτης του Πόνου σύμφωνα με τον οποίο ως πόνος ορίζεται: «Η δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης». Όπως προκύπτει από τον ορισμό ο πόνος αποτελείται από δύο συνιστώσες. Την αισθητική συνιστώσα (φυσική-αντικειμενική) και την συναισθηματική (ψυχολογική-υποκειμενική) (International Association for the Study of Pain – IASP, 1979).

Οι συνιστώσες αυτές βρίσκονται σε μια δυναμική μεταξύ τους σχέση η οποία κατά μεγάλο βαθμό καθορίζει την αντίδραση του κάθε ασθενούς. Στον οξύ πόνο υπερέχει η αισθητική συνιστώσα, ενώ στον χρόνια πόνο η συναισθηματική. Όλοι οι παραπάνω συνδυασμοί οδηγούν σε ένα πολύπλοκο φαινόμενο αλληλοεπίδρασης της αισθητικής συνιστώσας (ιστική βλάβη) και της συναισθηματικής (άγχος – φόβος) που αν συνυπολογιστούν με τα στοιχεία του ορισμού του πόνου όπως αυτός δίνεται από την IASP περιπλέκουν την κατάσταση και κάνουν τον ορισμό ακόμα πιο ασαφή (Παπαδόπουλος και συν., 2004).

Κεφάλαιο 2^ο

2.1. Παθοφυσιολογία του πόνου

Η παθοφυσιολογία του αλγεινού ερεθίσματος αποτελεί έναν πραγματικό πόνο-κέφαλο για τους επιστήμονες καθώς έχουν περιγραφεί πολλαπλοί μηχανισμοί οι οποίοι, όπως αναφέραμε και παραπάνω, περιπλέκονται μεταξύ τους και οδηγούν σε παράλληλους δρόμους. Από το σημείο πρόκλησης της ιστικής βλάβης μέχρι την επεξεργασία του αλγεινού ερεθίσματος μεσολαβεί μια σειρά ηλεκτροχημικών φαινομένων. Η διαδικασία αυτή καλείται αλγαισθησία και περιλαμβάνει μια πολυεπίπεδη αλληλεπίδραση των δομών του ΠΝΣ και του ΚΝΣ από το δέρμα, τα σπλάγχνα έως τον εγκεφαλικό φλοιό. Η έναρξη της οδού του πόνου έχει την αφετηρία της στην διέγερση ειδικών περιφερικών υποδοχέων, των αλγοϋποδοχέων, οι οποίοι σε αντίθεση με τους άλλους αισθητικούς υποδοχείς δεν εμφανίζουν το φαινόμενο της εξοικείωσης στα ερεθίσματα, αλλά αντίθετα, είναι δυνατόν όταν ένα αλγεινό ερέθισμα επιδράσει πάνω τους για μεγάλο διάστημα να εμφανίσουν το φαινόμενο της υπεραλγησίας. Στη συνέχεια οι νευρικές ώσεις προσάγονται με τους πρωτογενείς αισθητικούς νευρώνες στον Ν.Μ ή σε πυρήνες εγκεφαλικών νεύρων. Η επεξεργασία των πληροφοριών μπορεί να γίνει στον Ν.Μ ο οποίος δρα ως επεξεργαστής, δυναμικό φίλτρο και κατανεμητής των αισθητικών πληροφοριών ή στο στέλεχος του εγκεφάλου, πριν μεταβιβαστεί σε υπερωτιαίες δομές, όπου η πληροφορία μετά από περαιτέρω επεξεργασία, προβάλλεται ως συνειδητή αντίληψη του πόνου στο φλοιό (Borsook et al, 1998).

Αυτό είναι το τέλος μιας εξαιρετικά πολύπλοκης διαδρομής που αρχίζει από τους περιφερικούς υποδοχείς, διαμέσω των νευραξόνων των περιφερικών νεύρων και καταλήγει στον Ν.Μ. Η πορεία συνεχίζεται μέσα στον Ν.Μ και διαμέσου του έσχατου και του μέσου εγκεφάλου φτάνει στο θάλαμο. Στη συνέχεια μέσω των θαλαμοφλοιωδών συνδέσεων, το ερέθισμα που έχει ήδη αναλυθεί, φτάνει στο φλοιό σε περιοχές που έχουν σχέση με τη συνείδηση και την αντίληψη του πόνου. Το σήμα που έχει προέλθει από το αρχικό αλγεινό ερέθισμα μπορεί να σε κάθε σημείο της διαδρομής που περιγράψαμε να παραχθεί σαν πόνος. Η συνοπτική περιγραφή της αλγαισθησίας δίνει μια μικρή γεύση στον αναγνώστη για την μεταφορά επεξεργασία και αναπαραγωγή του επώδυνου ερεθίσματος. Όμως όπως έχουμε ήδη

επισημάνει και θα το επισημάνουμε πολλές φορές κατά τη διάρκεια αυτής της εργασίας ο πόνος είναι μια πολυπαραγοντική διεργασία και χρειάζεται ιδιαίτερη εμβάθυνση για να την κατανοήσουμε. Η αλγαισθησία που περιγράψαμε συνοπτικά αν θελήσουμε να την αναλύσουμε θα δούμε ότι χωρίζεται σε τέσσερις επιμέρους διεργασίες: τη μετατροπή (transduction), την μεταβίβαση (transmission), την τροποποίηση (modulation) και την αντίληψη (perception). Κάθε μία από τις τέσσερις αυτές διεργασίες αξίζει περαιτέρω ανάλυσης έτσι ώστε να εντυφώσουμε βαθύτερα στον μηχανισμό του πόνου. Μετατροπή, είναι η διαδικασία κατά την οποία μετατρέπονται τα επώδυνα ερεθίσματα σε ηλεκτρική δραστηριότητα. Η μετατροπή αυτή γίνεται στους αλγοϋποδοχείς (τελικές απολήξεις αδ και C ινών). Στη συνέχεια το παραγόμενο δυναμικό μεταβιβάζεται προς τις συναπτικές απολήξεις που εντοπίζονται στα οπίσθια κέρατα του Ν.Μ, όπου επάγεται η απελευθέρωση χημικών νευροδιαβιβαστών. Ακολουθεί η μεταβίβαση της πληροφορίας στον εγκέφαλο προς περαιτέρω επεξεργασία (Μαϊδάτση, 1999).

Οι μεγάλες-εμμύελες αδ ίνες έχουν την ικανότητα να μεταφέρουν την νευρική ώση πολύ γρήγορα (12-30 m/sec). Η ενεργοποίηση έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση του καλούμενου «πρώτου ή ταχύ» πόνου, ο οποίος εμφανίζεται αμέσως μετά την επίδραση του ερεθίσματος, είναι οξύς, παροδικός, καλά εντοπισμένος και αποτελεί αμυντικό μηχανισμό με απώτερο σκοπό την αποφυγή του βλαπτικού ερεθίσματος. Οι C ίνες με τη σειρά τους (λεπτές, αμύελες) διεγείρονται από ουσίες που παράγονται από την ιστική καταστροφή και έχουν πολύ μικρότερη ταχύτητα αγωγής σε σχέση με τις αδ ίνες (0,5-2 m/sec). Είναι υπεύθυνες για τον «δεύτερο» ή «βραδύ» πόνο ο οποίος ξεκινά με κάποια χρονική καθυστέρηση σε σχέση με τον οξύ, είναι βύθιος, αμβλύς, παρατεταμένος και όχι καλά εντοπισμένος.

Ο πόνος αυτός είναι ο μηχανισμός που κινητοποιεί την άμυνα του οργανισμού με σκοπό την αποκατάσταση της βλάβης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες πληροφορίες που απασχολούν τον κλινικό γιατρό άγονται με τις ίνες C). Εκτός από τον παραπάνω μηχανισμό η ύπαρξη «βλαπτικού ερεθίσματος» και η ενεργοποίηση των αλγοϋποδοχέων μπορεί να προκαλέσει μια παρόμοια εικόνα που καλείται νευρογενής φλεγμονή. Οι αλγοϋποδοχείς χωρίζονται σε 2 τύπους. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται με βάση το είδος του ερεθίσματος που τους διεγείρει. Έτσι διακρίνονται σε υποδοχείς υψηλού ουδού και σε πολυπαραγοντικούς υποδοχείς (Ιατρού, 2003).

2.2. Η μεταβίβαση

Πρόκειται για την διαδικασία, που όπως αποκαλύπτει και το όνομα της, αφορά τη μεταβίβαση του ερεθίσματος, διαμέσου του αισθητικού νευρικού συστήματος, από την περιφέρεια, αρχικά στα οπίσθια κέρατα του Ν.Μ και από εκεί στα ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου. Η μεταβίβαση αυτή του ερεθίσματος εξυπηρετείται από τους πρωτογενείς αισθητικούς νευρώνες, τις ανιούσες οδούς και τις θαλαμοφλοιώδεις προβολές. Για να γίνουμε πιο κατανοητοί θα αναπτύξουμε κάθε μία από αυτές τις οδούς περιληπτικά. Οι πρωτογενείς αισθητικοί νευρώνες. Πρόκειται ουσιαστικά για τις Αδ και C αισθητικές νευρικές ίνες που προβάλλουν στον Ν.Μ τις προερχόμενες από τους αλγοϋποδοχείς ώσεις. Τα οπίσθια κέρατα του Ν.Μ αποτελούν ένα καταλυτικό επίπεδο. Εκεί θα γίνει ένας αρχικός διαχωρισμός για το ποιες ώσεις θα προωθηθούν σε ανώτερα κέντρα και ποιες θα ανασταλούν από τα κατιόντα συστήματα. Οι ανιούσες οδοί του πόνου. Αποτελούνται ουσιαστικά από 4 επιμέρους δομές-οδούς. Την νωτιοθαλαμική, την νωτιοϋποθαλαμική την νωτιοδικτυωτή και την νωτιομεσεγκεφαλική. Οι νευρώνες των οδών αυτών προβάλλουν από τα οπίσθια κέρατα στο στέλεχος του εγκεφάλου και στο θάλαμο (Ιατρού, 2003).

2.1.1 Η νωτιοθαλαμική οδός

Είναι η σημαντικότερη από τις τέσσερεις και εκτός από τον πόνο μεταφέρει και το αίσθημα του θερμού-ψυχρού και της αδρής αφής. Εξυπηρετεί όλο το σώμα εκτός από το πρόσωπο, την πρόσθια κρανιακή περιοχή και την στοματορινική κοιλότητα. Οι ανωτέρω περιοχές εξυπηρετούνται από τις αισθητικές μοίρες του τριδύμου και του γλωσσοφαρυγγικού κρανιακού νεύρου. Καθώς η νωτιοθαλαμική οδός (δεμάτιο) διασχίζει τον Ν.Μ και πλησιάζει στον υποθάλαμο διαχωρίζεται σε δύο διακριτές οδούς, το πλάγιο νωτιοθαλαμικό ή νεονωτιοθαλαμικό δεμάτιο και μέσο νωτιοθαλαμικό ή παλαιονωτιοθαλαμικό δεμάτιο.

2.1.2. Η νωτιοϋποθαλαμική οδός

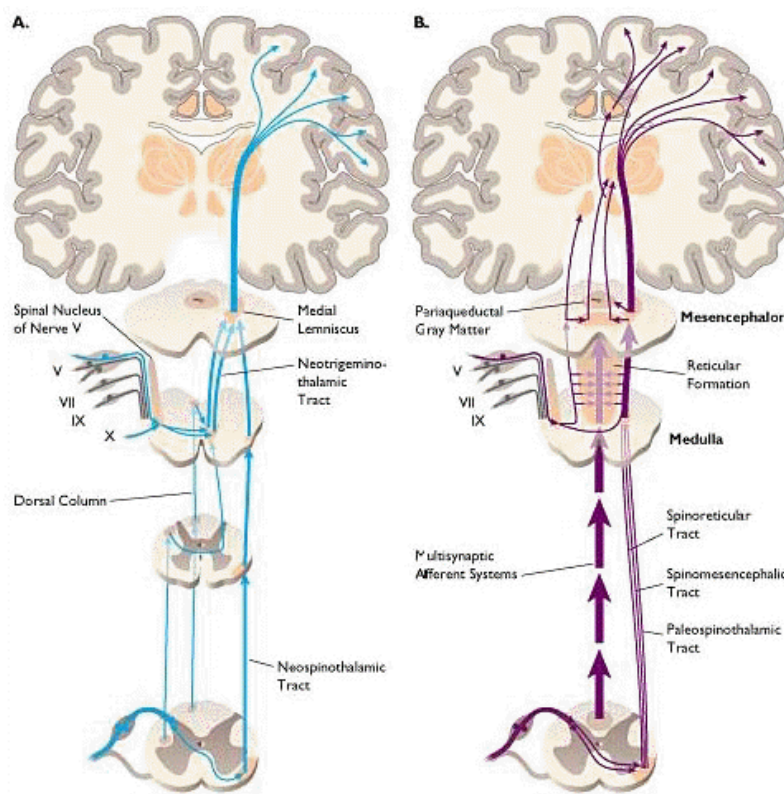
Η οδός αυτή προβάλλει όπως αποκαλύπτει και το όνομά της στον υποθάλαμο και είναι υπεύθυνη για αυτόνομες λειτουργίες, όπως η ρύθμιση της θερμοκρασίας, η όρεξη και ο ύπνος. Παίζει βασικό ρόλο στην νευροενδοκρινική απάντηση του οργανισμού στο βλαπτικό ερέθισμα (stress). Σχηματίζει λοιπόν με άλλα λόγια το ανατομικό υπόστρωμα που είναι υπεύθυνο για τις αυτόνομε-αντανακλαστικές αντιδράσεις στα επώδυνα ερεθίσματα.

2.1.3. Η νωτιοδικτυωτή και η νωτιομεσεγκεφαλική

Λόγω της κοινής τους δράσης θα αναφερθούν μαζί. Η μεν νωτιοδικτυωτή προβάλλει στο δικτυωτό σχηματισμό, μη δε νωτιομεσεγκεφαλική στον μεσεγκέφαλο. Και οι δύο όπως προαναφέραμε έχουν κοινή λειτουργία, ελέγχουν τις συναισθηματικές απαντήσεις στον πόνο, είναι υπεύθυνες για την εγρήγορση και την κινητοποίηση καθώς και για τις απαντήσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

2.3.Οι θαλαμοφλοιώδεις προβολές

Πρόκειται για νευρώνες που συνδέουν το θάλαμο με τη σωματοαισθητική περιοχή του φλοιού του εγκεφάλου. Ο θάλαμος λειτουργεί ως σταθμός αναμετάδοσης των εισερχομένων επώδυνων ερεθισμάτων προς τον φλοιό.



Εικόνα 1: Σχηματική απεικόνιση των οδών του πόνου

Όλα όσα αναφέραμε αφορούν την μεταβίβαση του πόνου για όλο το υπόλοιπο σώμα εκτός από την περιοχή της κεφαλής. Για την περιοχή αυτή υπεύθυνα είναι τα εγκεφαλικά νεύρα. Η μεταβίβαση του πόνου στην περιοχή αυτή εμφανίζει πολλά από τα χαρακτηριστικά του αλγοδεκτικού συστήματος στο υπόλοιπο σώμα. Οι κύριες αλγαισθητικές κεντρομόλες ίνες προέρχονται κυρίως από το τρίδυμο νεύρο καθώς επίσης και από το προσωπικό, το γλωσσοφαρυγγικό και το πνευμονογαστρικό που προβάλλουν στους πυρήνες του τριδύμου. Από τους πυρήνες αυτούς τα ερεθίσματα μεταβιβάζονται διαμέσω ανιουσών οδών στο υπερνωτιαίο σύστημα (Παπαδόπουλος και συν., 2004).

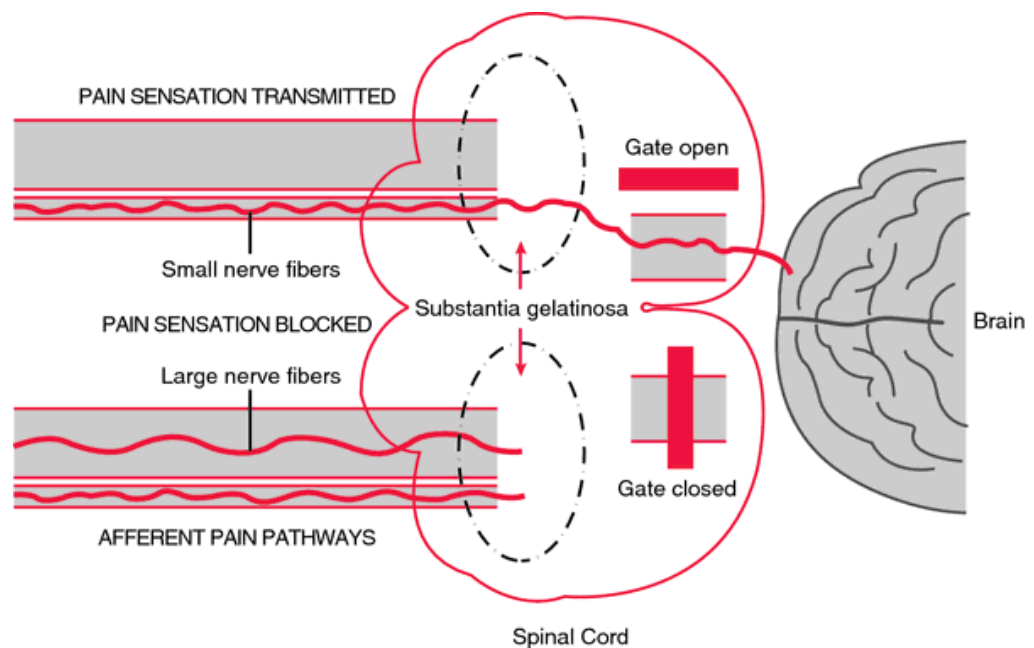
2.4.Η τροποποίηση

Έτσι ορίζεται και περιγράφεται η διαδικασία κατά την οποία η αλγαισθητικές ώσεις τροποποιούνται διαμέσου νευρωνικών επιδράσεων. Τα οπίσθια κέρατα του N.M είναι σταθμός νευρώνων που μεταβιβάζουν τις πληροφορίες σε ανώτερα κέντρα και νευρώνες στην ιεραρχία του νευρικού συστήματος. Υπάρχουν διεγερτικοί και ανασταλτικοί νευρώνες και έτσι καθορίζεται η ενίσχυση ή η απόρριψη του ερεθίσματος. Στο ΚΝΣ υπάρχουν περιοχές των οποίων η ενεργοποίηση που μπορεί να γίνει με ποικίλους τρόπους όπως για παράδειγμα με την χορήγηση οπιοειδών, έχει άμεση επίδραση στη διέλευση των πληροφοριών του πόνου από το επίπεδο του οπισθίου κέρατος προς τον εγκέφαλο. Πολύπλοκο ρόλο στην διαδικασία αυτή παίζει ένα δίκτυο κατιούσων οδών, που προβάλλει από τις εγκεφαλικές δομές στα οπίσθια κέρατα του N.M, εκεί ακριβώς οι ανιούσες αλγαισθητικές οδοί. Ο ρόλος των οδών αυτών είναι είτε να ενισχύουν είτε να καταστέλλουν τη δίοδο των επώδυνων ερεθισμάτων προς τον εγκέφαλο. Τα σημαντικότερα των οδών αυτών είναι οι πυρήνες του στελέχους. Τον σπουδαιότερο όμως ρόλο στην τροποποίηση του πόνου παίζουν οι υποδοχείς και συγκεκριμένα οι υποδοχείς των οπιοειδών και οι νικοτινοαμινουποδοχείς (NMDA). Στους υποδοχείς αυτούς συνδέονται κάποιες χημικές ουσίες, οι νευροδιαβιβαστές και πιο συγκεκριμένα οι νευροδιαβιβαστές του πόνου. Οι ουσίες αυτές διεκπεραιώνουν τη διαδικασία αγωγής ή αναστολής του επώδυνου ερεθίσματος. Έτσι λοιπόν, αδρά μπορούν αρχικά να χωριστούν σε διεγερτικούς και ανασταλτικούς νευροδιαβιβαστές.

2.5.Gate Theory Control – Η θεωρία της πύλης του πόνου

Μιλώντας για τη μετατροπή του επώδυνου ερεθίσματος δεν θα μπορούσαμε να μην αναφέρουμε μια από τις σημαντικότερες ανακαλύψεις του περασμένου αιώνα στον τομέα αυτόν. Τη θεωρία της πύλης του πόνου. Η θεωρία αυτή προτάθηκε από τους Melzack και Wall. Οι Melzack και Wall υπέθεσαν ότι το επώδυνο ερέθισμα για να φτάσει στον εγκέφαλο πρέπει να περάσει από μια «πύλη» την οποία τοποθέτησαν στην πηκτωματώδη ουσία του οπισθίου κέρατος του N.M. Σύμφωνα πάντα με την «υπόθεση», στα οπίσθια κέρατα του N.M υπάρχουν οι διαβιβαστικοί νευρώνες ή κύτταρα «Τ» και οι ανασταλτικοί ενδονευρώνες ή κύτταρα «Ι». Τα

κύτταρα «I» διεγείρονται από τις Αβ ίνες και αναστέλλονται από τις Αδ και C ίνες. Η διέγερση των κυττάρων «T» μεταβιβάζει τον πόνο σε ανώτερα επίπεδα ενώ αντίθετα τα κύτταρα «I» διεγερόμενα αναστέλλουν τα κύτταρα «T». Ένα χαμηλής έντασης ερέθισμα αυτό που κάνει είναι να διεγείρει τις Αβ ίνες και με τον τρόπο αυτό να κλείνει την πύλη εισόδου στις επώδυνες ώσεις που μεταφέρονται από τις Αδ και C ίνες. Αν όμως το ερέθισμα συνεχιστεί τότε η πύλη ανοίγει λόγω ενεργοποίησης των Αδ και των C ιών. Με την θεωρία της πύλης του πόνου φαίνεται να εξηγείται η αναλγησία που επιτυγχάνεται με τον βελονισμό, τον διαδερμικό νευρικό ηλεκτρικό ερεθισμό, την πίεση ή το τρίψιμο της περιοχής που πονά. Στόχος και αποτέλεσμα όλων των παραπάνω μεθόδων είναι η ενεργοποίηση των Αβ ιών και το κλείσιμο της πύλης. Παρόμοιο τρόπο δράσης έχουν και τα τοπικά αναισθητικά. Η διήθηση ενός χειρουργικού τραύματος με διάλυμα τοπικού αναισθητικού έχει ως αποτέλεσμα την διακοπή της δραστηριότητας των Αδ ιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία στις Αβ ίνες να κλείσουν την πύλη και να περιορίσουν την είσοδο των επώδυνων ερεθισμάτων στον Ν.Μ..



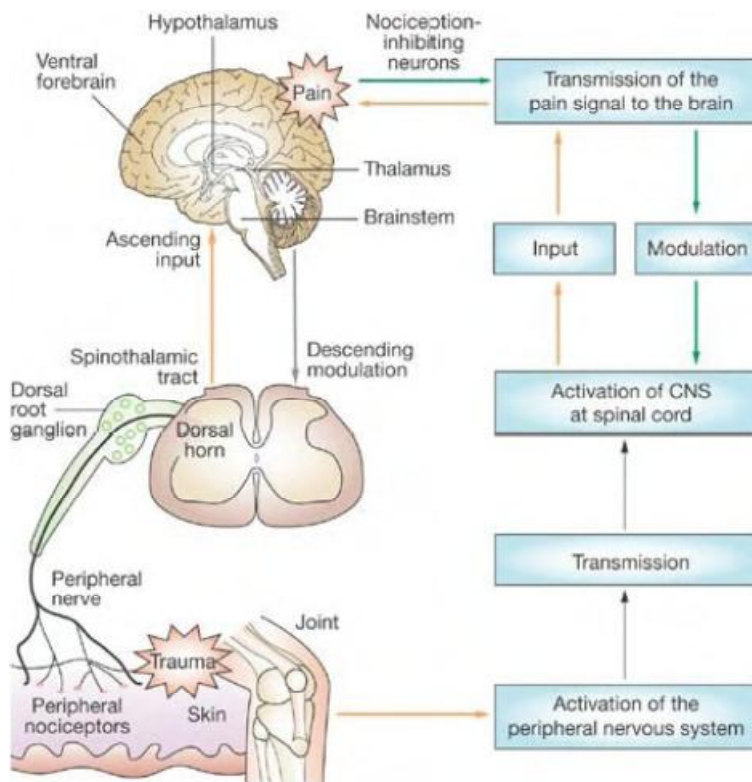
Εικόνα 2 :Απεικόνιση η λειτουργία της θεωρίας του πόνου

Συμφωνά με νεώτερες απόψεις, μια επώδυνη ώση όπως είναι φυσικό απελευθερώνει διεγερτικούς νευροδιαβιβαστές από Αδ και C ίνες και με τον τρόπο αυτό ενεργοποιεί νευρώνες β' τάξεως, οι οποίοι μεταφέρουν την πληροφορία σε ανώτερα κέντρα. Η απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών μπορεί να τροποποιηθεί από τους διάμεσους νευρώνες της πηκτωματώδους ουσίας, ενεργοποιώντας έτσι ανασταλτικούς προσυναπτικούς υποδοχείς. Τέτοιοι ανασταλτικού νευροδιαβιβαστές πιστεύεται ότι είναι οι εγκεφαλίνες. Με τον ίδιο ακριβώς τρόπο δρουν και τα ενδογενή οπιοειδή. Η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη τροποποιούν την απελευθέρωση διεγερτικών νευροδιαβιβαστών στην πηκτωματώδη ουσία μετά από ενεργοποίηση κατιούσων ανασταλτικών οδών. Η δραστηριότητα επίσης των Αβ ιών καταστέλλει την απάντηση στην επώδυνη διέγερση με απελευθέρωση γ-αμινοβουτυρικού οξέως (GABA). Με την όλο και αυξανόμενη γνώση που έχουμε σχετικά με τους νευροδιαβιβαστές που έχουμε σήμερα, αλλά και γύρω από τις διαδικασίες της μετατροπής, της μεταβίβασης και της τροποποίησης, πιστεύεται ότι τα οπίσθια κέρατα αποτελούν κομβικό σημείο ή ακόμα και την «πύλη» για την ολοκλήρωση και τροποποίηση της αγωγής του επώδυνου ερεθίσματος. Η παραπάνω αντίληψη, η τοποθέτηση δηλαδή της πύλης στα οπίσθια κέρατα του Ν.Μ, διαμορφώνει σήμερα το αξίωμα ότι για να έχουμε ικανοποιητική μετεγχειρητική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή αναλγησίας ο καλύτερος τρόπος είναι να κλείσουμε την «πύλη» με φαρμακολογικούς ή άλλους τρόπους (Melzack and Wall, 1965).

2.6.Η αντίληψη του πόνου

Έχοντας ολοκληρώσει την περιγραφή των τριών πρώτων σταδίων που απαρτίζουν το μονοπάτι του πόνου θα περάσουμε στην περιγραφή του τετάρτου σταδίου, της αντίληψης. Η αντίληψη είναι η τελική διαδικασία κατά την οποία η μετατροπή, η μεταβίβαση και η τροποποίηση αλληλεπιδρούν με την ψυχολογία, η οποία είναι μοναδική για κάθε άτομο, δημιουργώντας τελικά μια μοναδική συναισθηματική και υποκειμενική εμπειρία την οποία αντιλαμβανόμαστε σαν πόνο που συνοδεύεται σχεδόν πάντα με αίσθημα δυσαρέσκειας και επιθυμία αποφυγής του ερεθίσματος που τον προκαλεί. Αυτό που πρέπει να επισημάνουμε είναι το γεγονός ότι το αίσθημα του πόνου δεν είναι απλώς η διαδικασία της ανάλυσης μιας νευρικής ώσης που έχει προέλθει από ένα στιγμιαίο ερέθισμα, αλλά είναι μια περισσότερο δυναμική και διάχυτη διαδικασία ικανή να μεταβληθεί και να τροποποιηθεί από πληθώρα παραγόντων και το

βασικότερο, ότι επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από προηγούμενες εμπειρίες του κάθε ατόμου (Millan, 2002).



Εικόνα 3: Γραφική αναπαράσταση μετάδοσης του αλγινού ερεθίσματος

2.7.Ο ψυχογενής πόνος

Η τελευταία κατηγορία πόνου που θα παρουσιάσουμε είναι ο ψυχογενής πόνος. Πρόκειται ουσιαστικά για μία μορφή πόνου που είναι ασύμφωνη με την κατανομή του νευρικού μας συστήματος και οφείλεται αποκλειστικά σε ψυχολογικά αίτια. Η νευροφυσιολογία του ψυχογενούς πόνου είναι ουσιαστικά άγνωστη. Οι επιστήμονες εμφανίζονται μοιρασμένοι για το

εάν και σε ποιο βαθμό οι ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζουν οι ασθενείς οφείλονται στον πόνο ή , αντιθέτως, εάν και σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές είναι η αιτία του πόνου. Έχουμε επισημάνει ότι ο πόνος έχει τη σωματική και την ψυχολογική συνιστώσα. Είναι αδύνατο οι δύο αυτές συνιστώσες να διαχωριστούν, καθώς αποτελούν ενιαία δραστηριότητα του νευρικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της συνείδησης και της συναισθηματικής και συμπεριφορολογικής απάντησης του ατόμου. Το βασικό χαρακτηριστικό του ψυχογενούς πόνου που πρέπει να θυμόμαστε είναι ότι δεν ταιριάζει στην νευροτομιακή κατανομή του νευρικού μας συστήματος και τις περισσότερες φορές είναι υπερβολικός για την υπάρχουσα ιστική βλάβη (Engel, 1959).

Κεφάλαιο 3^ο ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

3.1 Ταξινόμηση του πόνου

Τα είδη του πόνου μπορούν να ταξινομηθούν με βάση α) το χρόνο που διαρκεί ο πόνος β) την Παθοφυσιολογία του πόνου γ) την αιτία που τον προκαλεί και δ) την περιοχή που εμφανίζεται. Ιδιαίτερη σημασία για την αντιμετώπιση του πόνου έχει χρονική του ταξινόμηση, οποία διαιρείται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τον οξύ και χρόνιο πόνο. Ο οξύς πόνος είναι χρήσιμος διότι αποτελεί σήμα κινδύνου και ένταση του διαρκεί 3-6 μήνες.

Αντίθετα ο χρόνιος πόνος είναι μια επικίνδυνη κατάσταση που επιμένει και στην οποία υποκείμενη αιτία δεν μπορεί να θεραπευτεί, συνδυάζεται δε με μακράς διάρκειας ανίατη ή αθεράπευτη παθολογία ή νόσο. Τα σήματα του πόνου διατηρούν την πυροδότηση του νευρικού συστήματος για εβδομάδες, μήνες και χρόνια (<http://www.xroniosponos.gr>).

3.2 Είδη του πόνου

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια διαρκώς αυξανόμενη γνώση και κατανόηση των μηχανισμών πρόκλησης-αγωγής-μετάδοσης και αντίληψης του αισθήματος του πόνου λόγω του αυξημένου ενδιαφέροντος για την αντιμετώπιση του πόνου. Ιδιαίτερη σημασία έχει χρονική του ταξινόμηση γιατί βασίζεται στη Παθοφυσιολογία και επιτρέπει την κατανόηση των μηχανισμών πρόκλησης και επομένως την ορθότερη αντιμετώπιση του.

3.2.1. Οξύς πόνος

Ο οξύς πόνος προέρχεται από τραυματισμό ή από εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Στην περίπτωση τραυματισμών ή ατυχημάτων, χρησιμοποιούνται ελάχιστα παρεμβατικές τεχνικές να αποκαταστηθούν βλάβες που παλαιότερα αντιμετωπίζονταν μόνο με χειρουργείο. Με τον τρόπο αυτό όχι μόνο επιτυγχάνεται την αποκατάσταση του προβλήματος, αλλά αποφεύγουμε τις επιπτώσεις, τις παρενέργειες και τον μεγάλο χρόνο αποθεραπείας που ακολουθούν ένα

χειρουργείο.

Οξύς πόνος εμφανίζεται επίσης και σε περιπτώσεις λοιμώξεων, πχ σε πνευμονία ή κυστίτιδα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, εκτός από τη θεραπεία που κάνει ο ασθενής για τη νόσο με τις οδηγίες ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας, πρέπει ταυτόχρονα να αντιμετωπίζεται και ο πόνος. Αυτό βοηθάει άμεσα στην καλύτερη έκβαση της νόσου γιατί ο ασθενής που δεν πονάει αναρρώνει γρηγορότερα και γιατί με τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται βελτιώνεται η αιμάτωση της πάσχουσας περιοχής, γεγονός που συμβάλλει στην ταχύτερη αποκατάσταση της βλάβης. Επιπλέον, με την άμεση αντιμετώπιση του πόνου ελαχιστοποιείται η πιθανότητα εμφάνισης χρόνιου νευροπαθητικού πόνου.

Πολλές φορές ο οξύς πόνος, ανεξαρτήτως αιτιολογίας, που δεν αντιμετωπίζεται άμεσα και σωστά μεταπίπτει σε χρόνιο πόνο ενώ έχει θεραπευτεί η αρχική αιτία που τον προκάλεσε. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής συνεχίζει να πονάει για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς αντικειμενικά να υπάρχει αιτία. Ο πόνος αυτός ονομάζεται χρόνιος νευροπαθητικός πόνος και είναι μια κατάσταση βασανιστική για τον άρρωστο, που πολλές φορές τον θεωρούν κατά φαντασίαν ασθενή και είναι ένας σημαντικός λόγος για να αντιμετωπίζεται πάντα κάθε οξύς πόνος ανεξαρτήτως αιτιολογίας (<http://www.xroniosponos.gr>).

Κάποιες από τις καταστάσεις που σχετίζονται με οξύ πόνο:

- Αυχενικό σύνδρομο
- Οσφυαλγία - Ισχιαλγία
- Μυοπεριτονιακά σύνδρομα
- Ερπητική νευραλγία
- Μετατραυματικός πόνος
- Μετεγχειρητικός πόνος
- Νευραλγία τριδύμου
- Κεφαλαλγία - Ημικρανία
- Οστεοαρθρίτιδα
- Τενοντίτιδες - Τενοντοθυλακίτιδες
- Επικονδυλίτιδες
- Διαστρέμματα - Εξαρθρήματα

- Τραυματισμοί σπονδυλικής στήλης
- Κολικός νεφρού
- Προστατίτιδα - Κυστίτιδα
- Οστεομυελίτιδα
- Οστεοχονδρίτιδα – Οστεονέκρωση

3.2.2. Χρόνιος πόνος

Μερικές καταστάσεις του χρόνιου όνου είναι:

- Ρευματικά νοσήματα
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα
- Σκληρόδερμα
- Σύνδρομο Zjögren, σύνδρομο Reiter
- Νευροπαθητική αρθρίτιδα (Charcot)
- Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος
- Σύνδρομα αγγειακής αιτιολογίας (Reynaud, Buerger)
- Ουρική αρθρίτιδα, Ψευδοουρική αρθρίτιδα
- Λεμφοίδημα, Φλεβική στάση
- Συμπαθητική δυστροφία
- Σκολίωση
- Στηθάγχη
- Νευρολογικά νοσήματα
- Πόνος μετά από εγκεφαλικό
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Parkinson
- Διαβητική νευροπάθεια
- Περιφερικές νευροπάθειες
- Ριζίτιδες (<http://www.xroniosponos.gr>).

3.3. Παράγοντες μετατροπής του οξέως σε χρόνιο πόνο

Μηχανισμός πρόκλησης του χρόνιου πόνου οφείλεται σε διαφορετικούς φυσιολογικούς μηχανισμούς από αυτούς του οξέως, έτσι εξηγείται πυροδότηση ενός πολύπλοκου συνόλου σωματικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών, που αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του προβλήματος του χρόνιου πόνου και επιβαρύνουν σημαντικά τον ασθενή που πονά . Χονδρέλη-Μπακοπούλου (2004), μας αναφέρει ότι ο τρόπος που συμπεριφέρεται και αντιδρά στον πόνο ένα άτομο μπορεί ανάλογα να τον αυξήσει ή να τον μειώσει. Το ίδιο το άτομο μπορεί να επηρεάσει δηλαδή τη διαδικασία χρονιότητας του πόνου του.

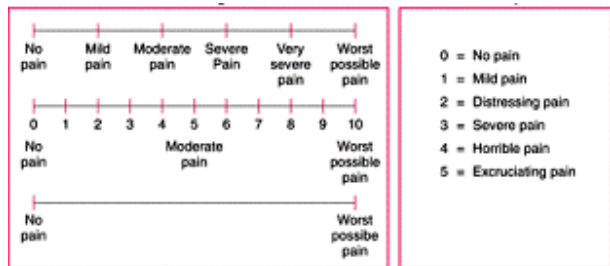
Με δεδομένο ότι οι ισχυρότεροι και ενδεχομένως θεραπεύσιμοι παράγοντες, είναι συγκεντρωμένοι στην ψύχω-κοινωνική κατηγορία, βγαίνει το προφίλ των ασθενών που κινδυνεύουν να αναπτύξουν χρονιότητα. Είναι οι καταπιεσμένοι, αυτοί που εστιάζουν στα παράπονα τους, αυτοί που δεν μπορούν να διαχειριστούν το πόνο τους, και πιο συγκεκριμένα εκείνοι που φοβούνται να μην χειροτερέψουν το πόνο τους. Από αυτούς τους παράγοντες δημιουργήθηκε το ενδιαφέρον στην ψύχω- κοινωνική διαχείριση του πόνου (<http://www.xroniosponos.gr>).

3.4. Μέθοδοι αξιολόγησης του πόνου

Η εκτίμηση του πόνου είναι ζωτικής σημασίας. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, ο πόνος αποτελεί καθαρά υποκειμενικό στοιχείο που η έκφρασή του εξαρτάται κατά πολύ από την προσωπικότητα του κάθε ασθενή, το πολιτισμικό επίπεδο και άλλους παράγοντες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η προσπάθεια ποσοτικοποίησής του με τη χρήση συγκεκριμένων κλιμάκων έτσι ώστε να γίνει σωστή εκτίμηση τόσο του πόνου, όσο και της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες αξιολόγησης του πόνου είναι οι παρακάτω:

3.4.1. Περιγραφική κλίμακα (Verbal Rating Scale-VRS)

Περιέχει περιγραφικά επίθετα, τα οποία κατατάσσουν τον πόνο ανάλογα με την έντασή του, σε «καθόλου πόνος, ήπιος, μέτριος, έντονος πόνος». Ο ασθενής επιλέγει το επίθετο που ανταποκρίνεται καλύτερα στον πόνο του. Πρόκειται για μία απλή και εύχρηστη κλίμακα που μπορεί να γίνει κατανοητή από άτομα μικρής ή πολύ μεγάλης ηλικίας, όπως επίσης και από άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Θεωρείται λιγότερο αξιόπιστη, καθώς τα επίθετα που χρησιμοποιούνται δεν έχουν απαραίτητα την ίδια σημασία σε διαφορετικού (Jensen and Karoly, 1992).

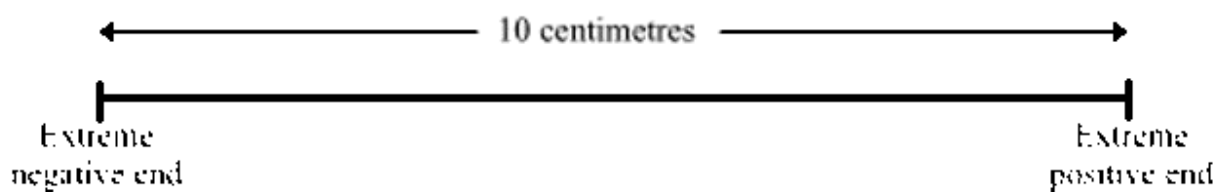


Εικόνα 4: Περιγραφική κλίμακα VRS

3.4.2. Οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale-VAS)

Η κλίμακα VAS παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από τον Huskisson το 1982. Πρόκειται για ένα εργαλείο μέτρησης του πόνου που ουσιαστικά βασίζεται στην υποκειμενική αυτοαξιολόγηση του ασθενούς όπως και όλες οι υπόλοιπες κλίμακες. Ουσιαστικά πρόκειται για μία ευθεία, οριζόντια γραμμή μήκους 100mm η οποία στο κάθε άκρο της ορίζεται από μία φράση. Στο αριστερό άκρο βρίσκεται η φράση «Καθόλου πόνος» και στο δεξιό η φράση «Υπερβολικός πόνος». Ο ασθενής καλείται να υποδείξει ή να σημειώσει με κάποιο μέσο γραφής το σημείο πάνω στην ευθεία αυτή γραμμή που πιστεύει ότι αντικατοπτρίζει την κατάσταση του. Στη συνέχεια ο επαγγελματίας υγείας μετρά την απόσταση από το αριστερό άκρο σε mm το νούμερο που προκύπτει αντικατοπτρίζει την ένταση του αλγινού ερεθίσματος. Πρόκειται για μία πολύ απλή κλίμακα αξιολόγησης του πόνου που στα θετικά της θα πρέπει να αναφέρουμε ότι είναι συνεχής και δεν περιέχει κατευθυντήρια σημεία για τον ασθενή (νούμερα-βαθμούς

αξιολόγησης). Είναι αξιόπιστη με πολύ καλή ευαισθησία τόσο στην εκτίμηση του οξέος πόνου, όσο και στην ανίχνευση μεταβολών στην ένταση του πόνου. Παρόλα αυτά, η χρησιμοποίησή της είναι μία χρονοβόρα διαδικασία καθώς πρέπει να εξηγηθεί λεπτομερώς ο τρόπος χρήσης της. Επιπλέον, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί προφορικά και έτσι εμφανίζονται πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή της σε άτομα με έντονο πόνο. Τέλος, απαιτεί από τον ασθενή να έχει την ικανότητα να αντιληφθεί την αφηρημένη έννοια της ευθείας γραμμής η οποία αντιστοιχεί στην αίσθηση του πόνου και επομένως δεν μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί σε άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, σε ηλικιωμένους και παιδιά (Auburn et al, 2003).



Εικόνα 5: Κλίμακα VAS

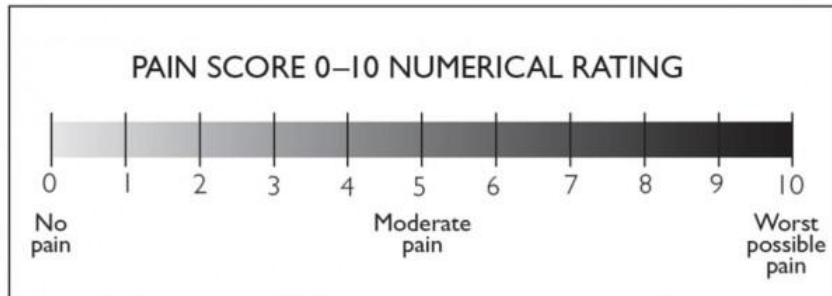
Έχουν προταθεί αρκετές τροποποιήσεις της κλίμακας VAS. Οι κυριότερες από αυτές είναι η HVAS (Horizontal Visual Analogue Scale), στην οποία το γράφημα έχει οριζόντια τοποθέτηση και η VVAS (Vertical Visual Analogue Scale) στην οποία το γράφημα έχει κάθετη τοποθέτηση.

3.4.3.Αριθμητική κλίμακα (Numerical Rating Scale-NRS)

Πρόκειται ουσιαστικά για μια διαβαθμισμένη μορφή της VAS. Η πιο κοινά χρησιμοποιούμενη μορφή της NRS είναι η εντεκαβάθμια στην οποία, σε σύγκριση με τη VAS το αριστερό ακραίο λεκτικό σημείο «Καθόλου πόνος» έχει αντικατασταθεί με το αριθμητικό «0»

και το ακραίο δεξιό λεκτικό σύμβολο «Υπερβολικό πόνος» έχει αντικατασταθεί με το αριθμητικό σύμβολο «10». Μεταξύ των δύο ακραίων σημείων υπάρχει ακέραια αριθμητική διαβάθμιση αντιστοιχιζόμενη ανά εκατοστό σε σχέση με τη VAS «0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10».

Κατά τη διεξαγωγή της δοκιμασίας ο ασθενής καλείται να υποδείξει μια ακέραια τιμή η οποία αντιστοιχεί στη ένταση του πόνου του. Η NRS, όπως και η VAS, είναι μια ιδιαίτερα απλή κλίμακα αυτοαξιολόγησης του πόνου και αυτό το γεγονός την κάνει να είναι ιδιαίτερα χρησιμοποιούμενη. Στα μειονεκτήματά της θα πρέπει να αναφέρουμε την ύπαρξη μόνο ακέραίων τιμών έντασης, κάτι που δεν υπάρχει στη VAS και την κατά πολλούς τάση του ασθενή να υποδεικνύει μεγαλύτερη ένταση πόνου κατά την αυτοαξιολόγηση παρασυρόμενος από την ύπαρξη των διαβαθμίσεων. Παρόλα αυτά συγκεκριμένη κλίμακα είναι απλή και εύχρηστη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ασθενείς διαφόρων ηλικιών και μορφωτικών επιπέδων όπως και από αυτούς που δυσκολεύονται να συνεργαστούν λόγω έντονου πόνου αφού μπορεί να χρησιμοποιηθεί και προφορικά (Auburn et al, 2003).

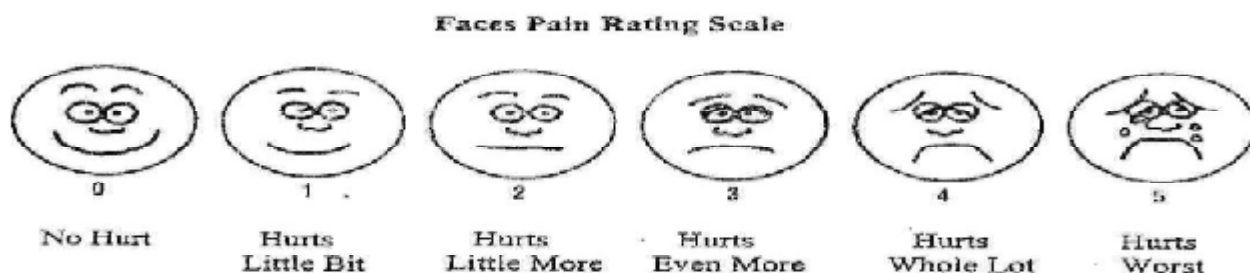


Εικόνα 6: Κλίμακα NRS

3.4.4.Κλίμακα βαθμονόμησης με προσωπεία (Faces Pain Scale FPS)

Πρόκειται για μια πενταβάθμια κλίμακα αυτοαξιολόγησης από την οποία απουσιάζουν τα λεκτικά και τα αριθμητικά σύμβολα και έχουν αντικατασταθεί με προσωπεία. Τα προσωπεία αυτά ανάλογα με την έκφραση τους αντιστοιχούν στην ένταση του επώδυνου ερεθίσματος όπως φαίνεται και παρακάτω. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς με μειωμένη αντίληψη ή

προβλήματα κατανόησης και επικοινωνίας, όπως οι ψυχιατρικοί, οι παιδιατρικοί και οι γηριατρικοί ασθενείς (Bieri et al, 1990).



Εικόνα 7: Η κλίμακα FPS

3.4.5. Το ερωτηματολόγιο πόνου του McGill- MPQ

Το ερωτηματολόγιο πόνου αναπτύχθηκε από τους Melzack και Torgerson, (Melzack and Torgerson, 1971), οι οποίοι προσπάθησαν να συμπεριλάβουν σε μία μόνο διαδικασία αξιολόγησης τις περισσότερες (αισθητικές, συναισθηματικές, γνωστικές) παραμέτρους μιας εμπειρίας πόνου. Αποτελείται από ογδόντα περιγραφικές λέξεις που χαρακτηρίζουν τον πόνο, οι οποίες χωρίζονται σε ομάδες και ο ασθενής πρέπει να διαλέξει μία λέξη από την κάθε ομάδα, ως αυτή που χαρακτηρίζει το δικό του πόνο. Κάθε απάντηση έχει μια βαθμολογία και όλα μαζί αθροίζονται και δίνουν ένα σύνολο, το οποίο θεωρείται ως δείκτης αξιολόγησης του πόνου. Μετρώνται επίσης ο αριθμός των λέξεων που επιλέχθηκαν από τον ασθενή και η ένταση του παρόντος πόνου σε μια κλίμακα βασισμένη από το ένα έως το πέντε. Χρειάζονται δέκα με είκοσι λεπτά για τη συμπλήρωσή του ενώ υπάρχει και η σύντομη μορφή του που απαιτεί δύο με πέντε λεπτά. Έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως για την εκτίμηση του πόνου χρονίως πασχόντων (Melzack, 1975).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1.ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ Ή ΤΟΥ ΟΞΕΩΣ ΠΟΝΟΥ

4.1.1. Στον ασθενή

Σύμφωνα με την IASP (International Association of the Study of Pain) : “Ο πόνος είναι ένα μέγιστο πρόβλημα υγειονομικής φροντίδας στην Ευρώπη. Αν και ο οξύς πόνος μπορεί να θεωρηθεί σύμπτωμα νόσου ή τραυματισμού ο χρόνιος και επαναλαμβανόμενος πόνος είναι ένα ιδιαίτερο ιατρικό πρόβλημα, μία ξεχωριστή νοσολογική οντότητα» (IASP 2009) (<http://www.iasppain.org>).

Ο πόνος μπορεί να έχει καταστροφική επίδραση στην καθημερινότητα του ατόμου. Η αίσθηση του έντονου και αφόρητου πόνου μπορεί να χειραγωγήσει τη ζωή του ατόμου, μειώνοντας τα επίπεδα της καθημερινής δραστηριότητας και λειτουργικότητάς του και επιδρώντας αρνητικά στην ικανότητά του για εργασία, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στη συναισθηματική του προσαρμογή. Παράλληλα, η αντίληψη και το νόημα που δίνει το άτομο στον πόνο που βιώνει, μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωσή του στη θεραπεία. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασθενούς να λειτουργεί φυσιολογικά και να φέρνει εις πέρας καθημερινές δραστηριότητες. Συνδέεται με κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές του ύπνου. Όλα αυτά μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα του ατόμου να φέρνει εις πέρας καθημερινές δραστηριότητες ακόμη περισσότερο. Δύναται να εμποδίζει την κινητικότητα και την ευκαμψία, με αποτέλεσμα:

- Απώλεια κοινωνικών επαφών και /ή οικογενειακών σχέσεων.
- Δυσχέρεια στην βάρδιση
- Δυσχέρεια στο κράτημα ή κουβάλημα αντικειμένων
- Αδυναμία εκτέλεσης δραστηριοτήτων όπως τρέξιμο, ψάρεμα...
- Κακή προσωπική υγιεινή
- Δυσκοιλιότητα ή ακράτεια (Βασιλάκος Δ, 2008).

Την τελευταία δεκαετία, η οποία έχει χαρακτηριστεί ως “δεκαετία ελέγχου και έρευνας του πόνου” (the Decade of Pain Control and Research), τονίστηκε ιδιαίτερα ο ρόλος που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην αίσθηση του πόνου και στην προσαρμογή του ατόμου σ’ αυτόν, ιδιαίτερα όταν είναι επίμονος και χρόνιος (IASP 2009) (<http://www.iasppain.org>).

4.1.2. Στο περιβάλλον του

Ενώ ο οξύς πόνος είναι εξ’ ορισμού μια σύντομη και αυτοπεριοριζόμενη διαδικασία και επομένως είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί το κόστος του, ο χρόνιος πόνος καταλήγει να κυριαρχεί στην ζωή του ασθενούς και συχνά της οικογένειάς του, του περιβάλλοντός του και των θεραπόντων. Εκτός από την σοβαρή αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και του περιβάλλοντος του, επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του ασθενούς και ταυτόχρονα της οικογένειάς του. Οι αντιδράσεις του ασθενή είναι πλέον πιο έντονες, η συμπεριφορά του πιο απότομη και απόμακρη. Ψυχολογικές διαταραχές που προκαλούνται έχουν ως αποτέλεσμα την επιρροή της ψυχολογίας του περιβάλλοντος του ασθενούς. Εκτός αυτού, ο χρόνιος πόνος έχει σαν συνέπεια μεγάλη οικονομική επιβάρυνση του ίδιου του ασθενή και της οικογένειάς του σε πολλούς τομείς της:

- Κόστος υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικής αγωγής
- Απώλεια ωρών εργασίας
- Απώλεια εισοδήματος
- Ελάττωση παραγωγικότητας
- Οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας, του περιβάλλοντος και των εργοδοτών (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1995).

4.1.3. Στο σύστημα υγείας

Η προσέγγιση ασθενών που πάσχουν από χρόνια άλγος θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική πριν ληφθούν θεραπευτικές αποφάσεις. Άτομο που πάσχει από χρόνια άλγος μπορεί επίσης να υφίσταται κοινωνικούς και συμπεριφορικούς περιορισμούς, που να απαιτούν ειδική και λεπτομερή σχεδίαση της αντιμετώπισής του. Γενικά, ο πόνος συνιστά το πιο διαπεραστικό σύμπτωμα και το πιο συχνό ενόχλημα στην πρακτική των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, την πιο συχνά αναφερόμενη "αιτία" ανικανότητας, τη μοναδική, πλέον εξαναγκαστική δύναμη που ωθεί το άτομο να αναζητήσει ή να αποφύγει τη βοήθεια.

Το κόστος για χρόνιους και αθεράπευτους πόνους είναι μεγάλο . Γιατί εκτός από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται , αυξάνονται και χάνονται πολύτιμες εργατικές ώρες του νοσηλευτικού προσωπικού. Έγκυρες πηγές τοποθετούν το τελικό οικονομικό κόστος του χρόνιου πόνου για την κοινωνία στο ίδιο επίπεδο με εκείνο του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Cailliet,1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

5.1.1. Γενικά περί φαρμακευτικής αντιμετώπισης του πόνου

Φάρμακο ονομάζουμε την ουσία ή το παρασκεύασμα που ανακουφίζει είτε θεραπεύει ασθένειες ή πόνους του ανθρώπινου οργανισμού και γενικότερα αποκαθιστά την ανθρώπινη υγεία. Η ιατρική θεραπεία του άλγους ως σύμπτωμα ξεκινάει συνήθως με φαρμακολογική θεραπεία. Υπάρχουν μόνο δυο τάξεις πρωτοπαθών αναλγητικών γενικής χρήσης: τα μη στεροειδή και τα οπιούχα. Η χρησιμότητα αυτών των φαρμάκων περιορίζεται από την τοξικότητα τους, τις παρενέργειες, την αναποτελεσματικότητα, τη σωματική εξάρτηση και τον κίνδυνο εθισμού ή στέρησης. Η επικουρική θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ή αντισπασμωδικά ενισχύουν την αποτελεσματικότητα των πρωτοπαθών αναλγητικών, περιορίζουν τις παρενέργειες, θεραπεύουν τα συνυπάρχοντα συμπτώματα που μπορούν να αυξήσουν το άλγος και παρέχουν αναλγησία για συγκεκριμένα είδη αυτού. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μόνα τους ή σε συνδυασμό με τα πρωτοπαθή αναλγητικά. Μερικά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην επικουρική θεραπεία έχουν επίσης κατασταλτικές ή αγχολυτικές παρενέργειες, οι οποίες μπορούν να αποδειχθούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση της αϋπνίας ή του άλγους σε αυτούς τους ασθενείς.

Η επικουρική θεραπεία πρέπει να ξεκινήσει σε χαμηλές δόσεις και η δοσολογία να προσαρμόζεται σταδιακά προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι παρενέργειες και να μεγιστοποιηθεί το πιθανό όφελος. Μερικές φορές, η μέγιστη αναλγητική δράση επιτυγχάνεται 4 έως 6 εβδομάδες μετά την επίτευξη του θεραπευτικού επιπέδου. Οι ασθενείς θα πρέπει να εκπαιδευθούν για την πιθανή καθυστέρηση στη δράση αυτών των φαρμάκων και να ενημερωθούν για τις σειρές των κλινικών δοκιμών των φαρμάκων που ενδέχεται να απαιτηθούν πριν βρεθεί ο κατάλληλος συνδυασμός που θα ωφελήσει τον ασθενή (Brown,1996).



Εικόνα 8: μη στεροειδή και οπιούχα φάρμακα

5.2. Κατηγορίες φαρμάκων

5.2.1 Μη στεροειδή φάρμακα

Τα ΜΣΑΦ είναι περισσότερο αποτελεσματικά στο ήπιο ως μέτριο φλεγμονώδες άλγος, το μετεγχειρητικό άλγος, το τραυματικό άλγος, το άλγος της αρθρίτιδας και το καρκινικό άλγος. Η αναλγητική δράση ενισχύεται όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με οπιούχα ή άλλη επικουρική θεραπεία. Τα ΜΣΑΦ διαφέρουν από τα οπιούχα αναλγητικά με τους ακόλουθους τρόπους: (α) υπάρχει μια οροφή στο επίπεδο αναλγησίας που επιτυγχάνεται, (β) δεν προκαλούν ανοτοχή, σωματική εξάρτηση ή ψυχολογική εξάρτηση, (γ) υπάρχει η πιθανότητα για σημαντική τοξικότητα στα τελικά όργανα, και (δ) ο πρωτοπαθής μηχανισμός δράσης είναι η αναστολή της κυκλοοξυγενάσης εμποδίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο το σχηματισμό των προ-σταγλανδινών οι οποίες ευαισθητοποιούν τα περιφερικά νεύρα και τους κεντρικούς αισθητικούς νευρώνες στα επώδυνα ερεθίσματα. Οι ειδικοί αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης II που θεωρητικά μειώνουν τον κίνδυνο της γαστρεντερικής αιμορραγίας και δεν αναστέλλουν την συσσώρευση των αιμοπεταλίων μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για αυτά τα σύνδρομα άλγους (Πατηράκη Ε., 1995).

5.2.2. Οπιούχα φάρμακα

Η θεραπεία με οπιούχα ενδείκνυται στην περίπτωση που το χρόνια καρκινικό ή μη κακόηθες άλγος δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία με μη οπιούχα. Τα οπιούχα έχουν μια κεντρική και μια περιφερική εστία δράσης, ιδιαίτερα όταν υπάρχει φλεγμονή. Πολλά οπιούχα είναι διαθέσιμα σε συνδυασμό με μη οπιούχα· το τελευταίο αυτό συστατικό είναι ο παράγοντας που περιορίζει τη χορηγούμενη δόση. Για το καθημερινό άλγος, προτιμούνται τα φάρμακα ή οι σχηματισμοί με μακρύ χρόνο δράσης (Ανισόγλου Αναστασιάδου Γ., 1994).

Η υποθεραπεία του άλγους οφείλεται συνήθως στη λανθασμένη αντίληψη ότι η θεραπεία με οπιούχα θα οδηγήσει αναπόφευκτα σε μη ελέγξιμη ανοχή και σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Ανοχή μπορεί όντως να εμφανισθεί, αλλά δεν είναι η πιο πιθανή αιτία για αύξηση των απαιτήσεων του ασθενή σε ναρκωτικές ουσίες. Θα πρέπει πρώτα να εξαιρεθούν η επιδείνωση της νόσου ή η ύπαρξη ενός νέου συνδρόμου άλγους. Η σωματική εξάρτηση και τα συμπτώματα στέρησης μπορούν να προληφθούν με την προσεκτική παρακολούθηση, την σταδιακή διακοπή της ουσίας και τη σταδιακή μείωση των δόσεων των ναρκωτικών. Η ψυχολογική εξάρτηση είναι σπάνια όταν γίνεται σωστή χορήγηση των ναρκωτικών. Ο ψευδοεθισμός είναι ένα σχήμα συμπεριφοράς, με το οποίο ο ασθενής αναζητά το φάρμακο σε μια προσπάθεια να ανακουφιστεί από το άλγος και μπορεί να εκληφθεί ως κανονικός εθισμός. Είναι συχνά αποτέλεσμα ανεξέλεγκτου άλγους που οφείλεται σε ανεπαρκή θεραπεία.

Η συμπεριφορά αυτή λογικά θα σταματήσει όταν υπάρξει επαρκής ανακούφιση από το άλγος. Η μακροχρόνια χρήση των οπιούχων-αναλγητικών είναι συχνά κατάλληλη για τον έλεγχο του ανθεκτικού κατά τα άλλα άλγους, αλλά απαιτεί παρακολούθηση και μια διαρκή σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή (Παπαδάτου Δ., 1995).

5.2.3. Αντικαταθλιπτικά

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν χρησιμοποιηθεί σαν θεραπεία πρώτης γραμμής για μια ποικιλία νευροπαθητικών διαταραχών άλγους και μπορούν να είναι χρήσιμα στην αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου που σχετίζονται με το χρόνια άλγος. Τα άτυπα αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης μπορεί να παίξουν και αυτά κάποιο ρόλο, μολονότι τα αποτελέσματα των

κλινικών δοκιμών, για την αποτελεσματικότητά τους ως αναλγητικών είναι αμφίροπα (Fine,Rosenberg,1996).



5.2.4. Αντισπασμωδικά

Τα αντισπασμωδικά μπορούν να ανακουφίσουν το διαξιφιστικό άλγος που προκύπτει από σύνδρομα περιφερικών νεύρων, όπως η νευραλγία του τριδύμου, η μεθερπητική νευραλγία, η διαβητική νευροπάθεια, το καρκινικό άλγος και η μετατραυματική νευραλγία. Τα φάρμακα αυτά είναι επίσης αποτελεσματικά ως σταθεροποιητικά της διάθεσης και στην προφύλαξη από ημικρανίες (Lipman,1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1.ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

6.1.1. Τι είναι η εναλλακτικές μορφές αντιμετώπισης του πόνου

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 ονομάζαμε 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.λ.π. 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. 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 (Berman MD,1998).

Η με άλλα λόγια, συνδέθηκαν με τον κομπογιαννιτισμό, 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 (Cailliet,1993).

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. φάρμακο για την εμφάνιση ορατών αποτελεσμάτων. 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 (Cailliet,1993).

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.

6.2. Ομοιοπαθητική

6.2.1. Τι είναι η ομοιοπαθητική

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

- 1) Διανοητικό – Πνευματικό
- 2) Συγκινησιακό – Ψυχικό
- 3) Σωματικό ή φυσικό (όπου περιλαμβάνεται η σεξουαλική επαφή, ο ύπνος, τροφή και οι πέντε αισθήσεις) (Marks, 1997).

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

Στόχος της ομοιοπαθητικής θεραπείας είναι να επαναφέρει την ισορροπία αυτή με τη χρήση των ομοιοπαθητικών φαρμάκων. Έχει ευρύ θεραπευτικό φάσμα και ασχολείται με όλες τις παθήσεις εκτός από αυτές που αναμφισβήτητα απαιτούν επεμβατική αντιμετώπιση. Μπορεί να θεραπεύσει δερματολογικά, παθολογικά, παιδιατρικά, γυναικολογικά κ.α. Προσφέρει επίσης βοήθεια σε επείγουσες καταστάσεις. Τα Ομοιοπαθητικά φάρμακα όντας ακίνδυνα (χωρίς παρενέργειες αφού πρόκειται για ουσίες διαλυμένες κάτω από τον αριθμό Avogadro) μπορεί να χορηγηθούν σε παιδιά και σε γυναίκες στην εγκυμοσύνη. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι εφικτό το

να ακολουθήσει ένας ασθενής ομοιοπαθητική θεραπεία παράλληλα με την κλασική ιατρική. Για παράδειγμα ένα άτομο που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να βοηθηθεί μειώνοντας την δόση ινσουλίνης και να αποφύγει την εμφάνιση των μακροχρόνιων επιπλοκών. Η Ομοιοπαθητική είναι μια μέθοδος θεραπείας που στηρίζεται στην διέγερση του αμυντικού μηχανισμού. Σε σοβαρές παθήσεις όπως ο καρκίνος, το AIDS, η πολλαπλή σκλήρυνση (σκλήρυνση κατά πλάκας) το αμυντικό σύστημα είναι επιβαρημένο. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται με δυσκολία αντιμετώπισης από πλευράς της Ομοιοπαθητικής. Ωστόσο σε αρκετές περιπτώσεις η εμπειρία έδειξε ότι μπορούν να βρουν όφελος οι ασθενείς (Hayfield, 1998).

6.2.1.1. Ομοιοπαθητικά φάρμακα

Σε μια επίσκεψη σε ομοιοπαθητικό, ο γιατρός δεν προσπαθεί να διαγνώσει μια συγκεκριμένη νόσο, αλλά να σχηματίσει μια όσο το δυνατό λεπτομερέστερη εικόνα των συμπτωμάτων και των προσωπικών χαρακτηριστικών του ασθενούς. Η επιλογή φαρμάκου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες όπως είναι η γενική στάση ζωής του ατόμου, οι προτιμήσεις του όσον αφορά τη διατροφή και το περιβάλλον και τα πρότυπα ύπνου του. Ο σύγχρονος ομοιοπαθητικός αντλεί τα στοιχεία που χρειάζεται από μια εξαιρετικά πλούσια βάση δεδομένων που συνδέει τα φάρμακα με συγκεκριμένες ομάδες συμπτωμάτων και/ή με συγκεκριμένα ιδιοσυγκρασιακά προφίλ. 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. Ως σκευάσματα, τα ομοιοπαθητικά φάρμακα θεωρούνται εν γένει ασφαλή στη χρήση τους, λόγω της εξαιρετικά υψηλής αραιώσής τους. Συστηματική επισκόπηση πιθανών παρενεργειών τους κατέληξε στο συμπέρασμα πως η χορήγησή τους από εξειδικευμένους γιατρούς είναι «πιθανότατα ασφαλής και μάλλον απίθανο να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες. Η μόνη ανεπιθύμητη ενέργεια των ομοιοπαθητικών φαρμάκων μπορεί να είναι μια παροδική - αλλά μερικές φορές δραματική - επιδείνωση των συμπτωμάτων. Αυτή η χειροτέρευση των συμπτωμάτων (οι ομοιοπαθητικοί χρησιμοποιούν τον όρο *aggravation*) μπορεί να είναι εξίσου σοβαρή με ένα σοβαρό επεισόδιο άσθματος ή παγκρεατίτιδας. Οι ομοιοπαθητικοί γενικά θεωρούν ότι οι χειροτερεύσεις αποτελούν ευνοϊκά σημάδια, αφού δείχνουν ότι το χορηγούμενο

φάρμακο ταιριάζει καλά με τη συγκεκριμένη ασθένεια.) Ωστόσο, επικριτές της ομοιοπαθητικής, εγείρουν ευρύτερες ενστάσεις ως προς την ασφάλειά της, θεωρώντας πως είναι αναποτελεσματική έναντι των μεθόδων της σύγχρονης κλασικής ιατρικής με αποτέλεσμα να αναβάλλει τη δραστική θεραπεία μίας ασθένειας με κλασικές ιατρικές μεθόδους, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του ισχυρισμού ορισμένων ομοιοπαθητικών γιατρών πως η ομοιοπαθητική έχει αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της ελονοσίας, γεγονός που είχε επιπτώσεις στην υγεία ασθενών.

Αρνητικά έχει σχολιαστεί επίσης η στάση των ομοιοπαθητικών γιατρών κατά της κλασικής ανοσοποίησης και υπέρ της χρήσης των αποκαλούμενων «ομοιοπαθητικών εμβολίων» των οποίων όμως η αποτελεσματικότητα δεν έχει αποδειχτεί. Παρ' όλα αυτά, η ομοιοπαθητική θα έχει πάντα τους υποστηρικτές της, παρά την έλλειψη αποδείξεων ότι τα φάρμακά της είναι αποτελεσματικά. Ένας λόγος είναι η επικράτηση μιας παρανόησης των αιτιών της ασθένειας και του τρόπου με τον οποίο ο ανθρώπινος οργανισμός αντιμετωπίζει την ασθένεια. Ο Hahnemann μπόρεσε να προσελκύσει οπαδούς διότι εμφανίστηκε ως θεραπευτής συγκριτικά με εκείνους χρησιμοποιούσαν δηλητηριώδη καθαρτικά για εξισορρόπηση των "χυμών". Οι περισσότεροι ασθενείς του μπορεί να επιβίωσαν και να ανάρρωσαν όχι επειδή τους θεράπευσε, αλλά επειδή δεν τους επιμόλυνε ή σκότωσε ρουφώντας απαραίτητο αίμα ή δεν τους εξασθένησε με ισχυρά δηλητήρια. Τα φάρμακα του Hahnemann δεν ήταν ουσιαστικά τίποτα παραπάνω από κοινά υγρά και ήταν απίθανο να προκαλέσουν κακό από μόνα τους. Δεν χρειαζόταν να έχει πολλούς ασθενείς που επιβίωσαν και καλυτέρεψαν για να φανεί εντυπωσιακός συγκριτικά με τους ανταγωνιστές του. Εάν υπάρχει οποιοδήποτε θετικό αποτέλεσμα στην κατάσταση της υγείας, δεν οφείλεται στο ομοιοπαθητικό φάρμακο που είναι αδρανές, αλλά στους φυσικούς θεραπευτικούς μηχανισμούς του ίδιου του οργανισμού ή στην πίστη του ασθενούς (φαινόμενο placebo) ή στην επίδραση που έχουν οι τρόποι του ομοιοπαθητικού στον ασθενή (www.iama.gr/homeo/article.html).



Εικόνα 9. ομοιοπαθητικά σκευάσματα φαρμάκων

6.2.1.2. Τι πρέπει να προσέχει ο ασθενής κατά την ομοιοπαθητική θεραπεία

- Û Εκτός άλλης οδηγίας του γιατρού, η λήψη του ομοιοπαθητικού φαρμάκου να γίνεται το πρωί 10 λεπτά πριν από το φαγητό.
- Û Να αποφεύγεται η φύλαξη του ομοιοπαθητικού φαρμάκου σε σημεία εκτεθειμένα στον ήλιο, την υγρασία, στο ψυγείο ή σε έντονες οσμές.
- Û Κατά τη διάρκεια της λήψης ομοιοπαθητικών φαρμάκων αλλά και για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη θεραπεία να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση κατά το δυνατόν:
 - Û Ισχυρών φαρμάκων (αντιβιοτικά, κορτιζόνη, ορμόνες, μείζονα ηρεμιστικά κ.α.).
 - Û -Καμφοράς (ναφθαλίνης, καμφορούχων αλοιφών και πολύ δυνατών οσμών).
 - Û -Μέντας (τσίχλες, καραμέλες με μέντα, οδοντόκρεμες επιτρέπονται οι οδοντόκρεμες που δεν έχουν μέντα, όπως οι παιδικές, όσες έχουν γλυκάνισο ή δυόσμο).
 - Û -Καφέ (επιτρέπονται και διατίθενται στα φαρμακεία υποκατάστατα του ελληνικού και του στιγμαϊού καφέ από κριθάρι, ρεβίθι, κιχώρι, σύκα κ.α. Ο καφές όπως και οι υπόλοιπες ουσίες που αναφέρονται εδώ, αντιδρούν στην ομοιοπαθητική θεραπεία, δηλαδή αδρανοποιούν την θεραπευτική επίδραση των ομοιοπαθητικών φαρμάκων. Η αποφυγή του καφέ είναι συνεχής κατά τη διάρκεια της ομοιοπαθητικής θεραπείας, και συνιστούμε στους ασθενείς να τον αποφεύγουν για περίπου τρία χρόνια μετά τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Η ομοιοπαθητική θεραπεία δεν επηρεάζεται από τον καφέ χωρίς καφεΐνη και το τσάι (εφόσον γίνεται μικρή κατανάλωση), ή τη σοκολάτα.

- Û -Coca-cola (περιορισμένο σε ένα κουτάκι την ημέρα).
- Û -Γαρύφαλλο ή ευγενόλη που χρησιμοποιούν οι οδοντίατροι (καλά θα είναι πριν την έναρξη της ομοιοπαθητικής θεραπείας να τακτοποιούνται οι οδοντιατρικές εκκρεμότητες). Οι πιο πάνω περιορισμοί αφορούν την λεπτοφυή κι ευαίσθητη σύσταση του ομοιοπαθητικού φαρμάκου και όχι σε κάποια επικινδυνότητα στη περίπτωση ταυτόχρονης λήψης τους (www.iama.gr/homeo/article.html).

6.3.Βελονισμός

6.3.1.Ορισμός

Είναι μία θεραπευτική τεχνική, κατά την οποία ειδικές βελόνες τοποθετούνται σε επιφανειακούς ή εν τω βυθεί ιστούς του σώματος ή σε ειδικά επιλεγμένες ευαίσθητες ή επώδυνες στην πίεση δερματικές περιοχές, με στόχο την θεραπευτική αντιμετώπιση λειτουργικών, αναστρέψιμων παθήσεων, συνδρόμων ή συμπτωμάτων. Βασίζεται στη θεωρία του Τσι ή θεωρία της ζωτικής ενέργειας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η ζωτική μας ενέργεια ρέει μέσα στο σώμα μας σε συγκεκριμένες διαδρομές, οι οποίες ονομάζονται μεσημβρινοί. Βελόνες οι οποίες εισάγονται σε συγκεκριμένα σημεία κατά μήκος αυτών των διαδρομών μπορούν να ενεργοποιήσουν τη ροή του Τσι και να αποτρέψουν ή να θεραπεύσουν καταστάσεις οι οποίες προκαλούνται από το μπλοκάρισμα ή και την υπερβολική ενέργεια (Ανίσογλου-Αναστασιάδου Γ., 1994).



Εικόνα 10 Εισαγωγή βελονών κατά την θεραπεία

6.3.1.1. Με τον βελονισμό μπορούμε

- να θεραπεύσουμε διάφορες παθήσεις.
- να ανακουφίσουμε τον ασθενή από βασανιστικά συμπτώματα.
- να προλάβουμε την εκδήλωση μιας ασθένειας.
- να τονώσουμε και να αναζωογονήσουμε γενικά τον οργανισμό.
- να σταματήσουμε τον οξύ ή χρόνιο πόνο.
- να ελαττώσουμε τα φάρμακα σε μία χρόνια πάθηση.
- να καταπολεμήσουμε την παχυσαρκία, το κάπνισμα, τον αλκοολισμό.
- να περιορίσουμε το θεραπευτικό αδιέξοδο που συναντάμε συχνά σε χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις (Λουπασάκης, 1998).

6.3.1.2. Ο βελονισμός ενδείκνυται

Λειτουργικές παθήσεις

- Αλλεργικό βρογχικό άσθμα
- Παιδικό άσθμα
- Αλλεργική ρινίτιδα, ιγμορίτιδα
- Έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου
- Σπαστική κολίτιδα, δυσκοιλιότητα
- Κλιμακτηριακές διαταραχές

Μυοσκελετικά επώδυνα σύνδρομα

- Αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο
- Οσφυαλγίες, θωρακαλγίες
- Αρθρίτιδες και περιαρθρίτιδες γόνατος, ώμου ποδοκνημικής, ισχίου, αγκώνα, άκρου χειρός, άκρου ποδός • Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Μυϊκά άλγη (διάχυτα ή εντοπισμένα)

Παθήσεις νευρικού συστήματος

- Ημικρανία
- Κεφαλαλγίες (πρωτοπαθείς)
- Νευραλγία τριδύμου

- Πάρεση προσωπικού νεύρου

- Τλιγγοι, εμβοές

Ψυχικές και ψυχοσωματικές διαταραχές

- Χρόνια κόπωση, ινομυαλγία

- Αγχώδης νεύρωση, φοβίες

- Νευροφυτικές διαταραχές

- Διαταραχές μνήμης, συγκέντρωσης προσαρμογής, ύπνου και συμπεριφοράς

- Διαταραχές λίμπιντο

Δερματικές παθήσεις

- Ψωρίαση

- Αλλεργικά εκζέματα

- Ακμή (Λουπασάκης, 1998).

6.3.1.3.0 βελονισμός αντενδείκνυται

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 (Λουπασάκης, 1998).

6.4. Ηλεκτροθεραπεία-TENS

6.4.1. Τι είναι το TENS (ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΝΕΥΡΟΕΡΕΘΙΣΜΟΣ)

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 Κ.Ν.Σ. 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 νευρών ή νευρικών ριζών ηλεκτρικά ερεθίσματα στην περιοχή του πόνου. Διαδραματίζει ένα ιδιαίτερο σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του ασθενή με πόνο οξύ, χρόνια πόνο, αλλά και με μετεγχειρητικό πόνο (Βασιλάκος, 1998).



Εικόνα 11 Μηχανισμός ηλεκτροθεραπείας

6.4.1.1. Η θεραπεία με TENS

Η θεραπεία με T.E.N.S. 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 24 ώρες τα ηλεκτρόδια και να ανοίγει το μηχάνημα του T.E.N.S. όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται για να ελαττωθεί αισθητά ο πόνος του. Το διάστημα αυτό συνήθως είναι 30 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 T.E.N.S. περίπου 5-6 φορές ημερησίως. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις που ο ασθενής επανέρχεται για κλινικό έλεγχο και μας λέει ότι δεν «έκλεισε» καθόλου το μηχάνημα T.E.N.S., 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 T.E.N.S. που παράγει διαφορετική κυματομορφή.

Υπάρχουν διαφόρων ειδών μηχανήματα T.E.N.S. Τα πιο συνηθισμένα είναι:

• Υψηλής συχνότητας, συμβατικά T.E.N.S., με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Συχνότητα 75-150 pps
- Εύρος παλμού μέχρι 200 μικροδευτερόλεπτα (μsec)
- Ρυθμίζεται το εύρος της κυματομορφής, ώστε να έχουμε αισθητική μεν διέγερση, αλλά όχι μυϊκές συσπάσεις

• Χαμηλής συχνότητας, T.E.N.S, σαν του ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ, με τα εξής χαρακτηριστικά.

- Συχνότητα 1-4 pps
- Εύρος παλμού 200-300 μsec

- Κυματομορφή που να παράγει ορατές μυϊκές συσπάσεις, τις οποίες βέβαια να ανέχεται ο ασθενής
- Δεν διαρκεί η χρήση του περισσότερο από 30 λεπτά της ώρας, γιατί μπορεί να «κουράσει» τους μυώνες (Βασιλάκος, 1998).

6.4.1.2. Ενδείξεις T.E.N.S

Χρησιμοποιείται σχεδόν σε κάθε πόνο. Ιδιαίτερα όμως εφαρμόζεται σε ημικρανία, σε πονοκέφαλο και μάλιστα μόλις ξεκινήσει ή αμέσως μετά από εμφάνισή του. Ακόμη έχει χρησιμοποιηθεί επίσης σαν συμπληρωματική θεραπεία στη συμπαθητική δυστροφία μετά από κατάγματα, επίσης σε πόνο από μέλος φάντασμα. Ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα έχει η χρήση του T.E.N.S. σε οσφυαλγία και ισχιαλγία. Πρέπει βέβαια ο ιατρός να ξέρει ότι η χρήση του T.E.N.S. είναι μόνο ανακουφιστική για τον ασθενή και να ψάχνει πάντα τα αίτια της νόσου, και να συμβουλεύει πως να αποφεύγεται ένας νέος τραυματισμός της περιοχής.

6.4.1.3. Αντενδείξεις T.E.N.S

- Û Σε ασθενείς που έχουν βηματοδότη,
- Û Το T.E.N.S. δεν πρέπει να χρησιμοποιείται επάνω στο καρωτιδικό κόλπο, διότι μπορεί να εκλύσει αντανακλαστικό από το πνευμονογαστρικό νεύρο, με πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής ανακοπής.
- Û Εγκυμοσύνη. Τα αποτελέσματα εφαρμογής T.E.N.S. προς το παρόν δεν είναι απολύτως γνωστά
- Û Επάνω από τα μάτια. Δεν πρέπει να τοποθετούνται τα ηλεκτρόδια πάνω στα μάτια του ασθενούς
- Û Σε εσωτερική χρήση. Τα ηλεκτρόδια δεν πρέπει να τοποθετούνται εσωτερικά
- Û Στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα σε ασθενείς με καρδιοπάθειες (Bresler, 1974).

6.5. Μουσικοθεραπεία

6.5.1. Τι είναι 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 (Παναγίδου Φ., Μουσικοθεραπεία, οι ήχοι που γιατρέυουν, www.sigmalive.com/lifestyle/health).



Εικόνα 12 Μουσικοθεραπεία

6.5.2. Η θεραπεία

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 κορτιζόνη, 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, αναίμακτα 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, μπορούμε να χρησιμοποιούμε τη μουσική ως συμπληρωματικό θεραπευτικό μέσο παράλληλα με την κλασική ιατρική. Με τη μουσική μπορούμε να προστατεύσουμε την ψυχοσωματική μας υγεία και να διατηρήσουμε εύρυθμη εγκεφαλική λειτουργία, όπως με την υγιεινή διατροφή και τη σωματική άσκηση ελαττώνουμε την πιθανότητα καρδιαγγειακών επεισοδίων. Το αρχαίο ιδεώδες που απαιτούσε τη συμμετοχή της μουσικής στον κορμό της παιδείας δικαιώνεται στον 21ο αιώνα με βάση τα ευρήματα της γνωστικής νευροψυχολογίας και της απεικονιστικής τεχνολογίας.

6.5.2.1. Τρόποι Μουσικοθεραπείας

A) Δεκτική-Παθητική Μουσικοθεραπεία: Περιορίζεται μόνο στο να επιτρέπει τους ασθενείς να ακούν μουσική. Ο τρόπος αυτός εφαρμόζεται ήδη με επιτυχία σε πολλές μικρότερες επεμβάσεις χωρίς τοπική αναισθησία, στους τομείς της γυναικολογίας, της οδοντιατρικής και χειρουργικής.

B) Αναπαραγωγική-Ενεργητική Μουσικοθεραπεία: Αυτή ασχολείται με το να επιτρέπει στους ασθενείς να κάνουν οι ίδιοι μουσική που να τους ταιριάζει.

Γ) Παραγωγική-Ενεργητική Μουσικοθεραπεία: Δίνει στον ασθενή τη δυνατότητα να εκφράσει τη διάθεση της στιγμής, χρησιμοποιώντας όργανα που έχουν προετοιμαστεί (πιάνο, ξυλόφωνο κλπ), ή ακόμα και την ανθρώπινη φωνή, πράγμα που χρησιμεύει στο θεραπευτή σαν μέσο εκκίνησης της μεθόδου θεραπείας του.

6.5.2.2. Εφαρμογή της Μουσικοθεραπείας

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

1. Βελτίωση της αναπνοής και της αρτηριακής πίεσης
2. Παρηγορητική υποστήριξη σε ασθενείς με χρόνιες / επάρατες νόσους
3. Βελτίωση της αυτοπεποίθησης και της διάθεσης του νοσηλευόμενου ασθενούς
- 4 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:
 - α) άνθρωποι όλων των ηλικιών με προβλήματα ψυχιατρικού / ψυχολογικού τύπου
 - β) ανήλικοι με χρόνιες νόσους, με μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα ανάπτυξης
 - γ) υπερήλικες που έχουν διάφορες μορφές αντικανότητας ή γεροντική άνοια
 - δ) ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες από αιμορραγικά ή εμφραγματικού τύπου επεισόδια
 - ε) Πάσχοντες από νόσο Αλτσχάιμερ
 - στ) άτομα με προβλήματα εθισμού σε εξαρτησιογόνες ουσίες
 - ζ) άτομα με ειδικές δεξιότητες (ΑΜΕΑ) ή άλλα σωματικά / ψυχικά μειονεκτήματα
 - η) Ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ή οξύ πόνο (Παναγίδου Φ., Μουσικοθεραπεία, οι ήχοι που γιατρεύουν, www.sigmalive.com/lifestyle/health).
 - θ) Επίτοκοι (Γυναίκες λίγο πριν και κατά τη διάρκεια του τοκετού)

6.6. Botox

Το botox (αλλαντική τοξίνη) είναι ουσία την οποία ο περισσότερος κόσμος τη γνωρίζει για τη χρησιμότητά της στην αισθητική ιατρική (εξαφάνιση ρυτίδων κλπ).

Η συγκεκριμένη όμως ουσία χρησιμοποιείται ευρέως στην ιατρική (σπαστικότητα μετά από εγκεφαλικό – ραιβόκρανο κ.α.) και ειδικά στην αντιμετώπιση του πόνου από:

- Σπασμούς μυών
- Τενοντίτιδες
- Ημικρανίες – Κεφαλαλγία τάσης
- Τρίξιμο δοντιών
- Πελματιαία απονευρωσίτιδα

Ο τρόπος που δρα το φάρμακο είναι να μπλοκάρει την ένωση του νεύρου με τον συγκεκριμένο μυ που πάσχει, λύοντας έτσι τον σπασμό, με αποτέλεσμα την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο.

Το botox εγχέεται στον μυ που πάσχει σε συγκεκριμένα σημεία υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και πολύ λεπτή βελόνα, χωρίς να είναι επώδυνο για τον ασθενή (<http://www.botoxexpert.gr/symvoules/botox>)



Εικόνα 13. Θεραπεία Botox

6.7. Ιατρείου Πόνου

Το Ιατρείο Πόνου στελεχώνεται από μια ομάδα εξειδικευμένων Αναισθησιολόγων - Αλγολόγων και Ψυχολόγων και έχει σαν στόχο με συγκεκριμένες θεραπείες (επεμβατικές θεραπείες - εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή - ψυχολογική υποστήριξη) την ανακούφιση του ασθενούς από τον χρόνια πόνο, την βελτίωση της ποιότητας ζωής του, την διατήρηση της

ψυχικής του υγείας και την γρήγορη επαναφορά στις καθημερινές δραστηριότητες του (<http://iatreio-ponou.gr/parigoriki-frontida>).

Ψυχολογική Υποστήριξη

Κύριος στόχος της επιστήμης της ψυχολογίας στη θεραπεία του πόνου είναι να συμβάλει μαζί με τις ιατρικές παρεμβάσεις στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Ο πόνος, πέρα από δυσάρεστη αισθητική εμπειρία, μπορεί να οριστεί και ως η εμπειρία που επηρεάζει δραματικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν πως ο χρόνιος πόνος δεν επιτρέπει στον ασθενή να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, μειώνει κατά πολύ την ικανότητά του στον εργασιακό χώρο, οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αίσθησης απώλειας ελέγχου πάνω στην πάθησή του και στον πόνο που του προκαλεί. Επίσης, οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, φόβο για το μέλλον και απώλεια της ευχαρίστησης που απορρέει από διάφορες καθημερινές δραστηριότητες. Όλες αυτές οι επιδράσεις επιτείνουν τον πόνο και μπορούν να εμποδίζουν την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας του ασθενούς.

Συνεπώς, ο χρόνιος πόνος είναι σωματικά και ψυχολογικά αγχωγόνος και το συνεχές αίσθημα δυσφορίας που προκαλεί μπορεί να οδηγήσει σε έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις. Η ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένο ψυχολόγο κατευθύνει τον ασθενή να ελέγξει, να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τις σκέψεις του με στόχο την ελάττωση των επώδυνων συμπτωμάτων (Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική θεραπεία) (<http://iatreio-ponou.gr/parigoriki-frontida>).



Παρηγορητική Υποστήριξη

Η παρηγορητική αγωγή για τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα είναι κομμάτι της φροντίδας για όλους τους ασθενείς με καρκίνο ή χρόνιων ασθενειών. Για μερικούς ασθενείς, η κύρια έμφαση πρέπει να δοθεί στην παρηγορητική αγωγή. Οι πρώτες αντιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος με την διάγνωση είναι δυσπιστία, αγωνία, απόγνωση και το ξαφνικό συναίσθημα ότι δεν έχουν τον έλεγχο της ζωής τους ή της ζωής του πάσχοντα. Έτσι οικογένεια και ασθενείς χρειάζονται ειδική ψυχοκοινωνική στήριξη και πνευματική υποστήριξη, που θα τους βοηθήσουν να μάθουν να ζουν με τον καρκίνο ή με όποια πάθηση αντιμετωπίζουν.

Σε κάποια ειδικευμένα κέντρα, αυτό το είδος υποστήριξης παρέχεται από την ώρα της διάγνωσης και σε όλη την διάρκεια της ιατρικής φροντίδας του ασθενή. Άλλα κέντρα, όμως συνεχίζουν να δίνουν βάρος αποκλειστικά στην ιατρική αντιμετώπιση της ασθένειας και δείχνουν λίγη κατανόηση στην σπουδαιότητα της ψυχοκοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης.

Η παρηγορητική φροντίδα είναι η ενεργός ολική φροντίδα του ανθρώπινου σώματος, πνεύματος και της ψυχής, περιλαμβάνοντας και την υποστήριξη της οικογένειας. Ξεκινά όταν ο καρκίνος ή χρόνια ασθένεια διαγνωστεί και συνεχίζεται ανεξάρτητα εάν ο ασθενής δέχεται ή όχι θεραπεία. Οι λειτουργοί υγείας πρέπει να αξιολογούν και να ανακουφίζουν την σωματική, ψυχολογική και κοινωνική δυσφορία του ασθενή (<http://iatreio-ponou.gr/parigoriki-frontida>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

7.1.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον αλγούντα ασθενή

Ιατροί, Νοσηλευτές, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσιοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Φαρμακοποιοί και άλλοι επιστήμονες Υγείας ενώνουν τις δυνάμεις των διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων τους και των επιστημονικών γνώσεων τους, για να προσφέρουν από κοινού αυτό που θα φάνταζε λίγο αν το προσέφερε μεμονωμένα ο καθένας απ' αυτούς. Μέσα αυτήν τη δυναμική της ομάδας καθένας επιστήμονας υγείας διατηρεί την επαγγελματική του οντότητα και συνεισφέρει ισότιμα μέσα από τη λήψη αποφάσεων και την σύνθεση απόψεων, με επίκεντρο την παροχή των υπηρεσιών του στον ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αναμφισβήτητα οι νοσηλευτές αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας προσέγγισης και αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών. Ο ρόλος του νοσηλευτή αναπτύσσεται και διαμορφώνεται με αυτοτέλεια μέσα στην ομάδα και εκδηλώνεται μέσα σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως:

- η περιγραφή του πόνου,
- ο καθορισμός παραγόντων που τον επιδεινώνουν ή τον ανακουφίζουν,
- ο ορισμός και το νόημα που προσδίδει σε αυτόν ο ίδιος νοσηλευτής,
- ο καθορισμός των αιτιών πρόκλησης του,
- ο καθορισμός της έννοιας που ο κάθε ασθενής προσδίδει σε αυτό που ο ίδιος θεωρεί πλήρη ανακούφιση του πόνου του,
- η αναζήτηση και παραγωγή νοσηλευτικών διαγνώσεων,
- η συμβουλευτική προσέγγιση της επιλογής των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων, και
- η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων αυτών.

Παρόλο που οι νοσηλευτές δεν έπαψαν να συνεισφέρουν και να επιδιώκουν τους στόχους που οι γιατροί έχουν θέσει στο καθορισμό και στην αντιμετώπιση του πόνου του

ασθενούς, υπάρχει πλέον μια ευδιάκριτη μετατόπιση του νοσηλευτικού στόχου από τον πόνο ως σύμπτωμα στον άνθρωπο που βιώνει τον πόνο ως ολότητα. Οι νοσηλευτές επικεντρώνονται σ' αυτό που ο ίδιος ασθενής ορίζει ως πόνο και αυτό που για τον ίδιο θα αποτελούσε την πλήρη ανακούφιση του πόνου του και την επίλυση των κοινωνικών, ηθικών, ψυχολογικών κ.λ.π. συνεπειών του για τον ίδιο και το συγγενικό του περιβάλλον.

Η πολυδιάστατη μορφή και η εξατομικευμένη εμπειρία του πόνου διαμορφώνουν πλέον έναν πολύπλευρο νοσηλευτικό ρόλο. Ένα νοσηλευτή «χαμαιλέοντα» που διατηρεί όμως ως κινητήρια δύναμη και ψυχή των μεταλλάξεών του το πηγαίο ενδιαφέρον του και την αγάπη του για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά (Banning, 1991).

Χωρίς να παραγνωρίζεται η σημαντικότερη προσφορά όλων των άλλων επιστημόνων υγείας που αποτελούν μέλη της ομάδας και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στην αντιμετώπιση των αλγούντων ασθενών στη συνέχεια θα αναφερθούμε σε εκείνες τις μορφές που υιοθετεί ο νοσηλευτής προκειμένου να προσεγγίσει ολιστικά και με μοναδικό τρόπο την εμπειρία του πόνου του ασθενούς (Ferrell, 1991).

7.1.2. Ο νοσηλευτής ως φυσική παρουσία

Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη με την μορφή προσωπικών συνεντεύξεων σε νοσηλευτές που ασχολούνται με τον πόνο, ο ρόλος της φυσικής τους παρουσίας, όπως περιγράφεται από τους ίδιους, περιλαμβάνει την παρουσία του νοσηλευτή και τη διάθεσή του να πληροφορεί, να εξηγεί, να απαντά στις ερωτήσεις του ασθενούς, να ακούει ή απλά να βρίσκεται εκεί μαζί του αρωγός, σιωπηρός συμπαραστάτης του. Ένας νοσηλευτής δήλωσε: «Νιώθω ότι είναι πολύ σημαντικό για τους ασθενείς να είμαι μαζί τους, να γνωρίζουν ότι έχουν κάποιον κοντά τους και ότι δεν έχουν μείνει μόνοι τους.»

Ο νοσηλευτής προσπαθεί να οικειοποιηθεί και να φανταστεί τον εαυτό του στη θέση του ασθενή που πονά, να υιοθετήσει την αντιληπτικότητα του και να την χρησιμοποιήσει ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς του. Σύμφωνα με την SLEVIN «Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τον ασθενή, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπου η επαφή τους είναι περιστασιακή και για ορισμένες χρονικές περιόδους.»

Αποτελεί λοιπόν, ευθύνη των νοσηλευτών να ανταποκριθούν στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, να δημιουργήσουν ένα κλίμα άνεσης, να αποτελέσουν μια πηγή συνεχούς πληροφόρησης για τον ασθενή και να αναπτύξουν μία σχέση, κατά την οποία ο ασθενής και ο νοσηλευτής μοιράζονται την εμπειρία, γεγονός που καθιστά τον νοσηλευτή πιο οικείο στον ίδιο και στο συγγενικό του περιβάλλον. Μ' αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η εμπιστοσύνη, ενώ και οι δύο δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις να μοιραστούν κοινούς προβληματισμούς και να καθορίσουν κοινούς στόχους. Σύμφωνα με την SLEVIN η παρουσία αυτή αποτελεί μια θεραπευτική δύναμη στην εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ προσφέρει την δυνατότητα για εξατομικευμένη φροντίδα και επικοινωνιακή παρέμβαση. Παράλληλα, αποτελεί μια φυσική μαρτυρία προς τον ασθενή που μεταφράζεται ως, ότι είμαι εδώ και νοιάζομαι για σένα και για ότι σου συμβαίνει, μια σιωπηρή συμπαράσταση και υποστήριξη που δρα θεραπευτικά και ενυπάρχει σε κάθε νοσηλευτική παρέμβαση που γίνεται για την αντιμετώπιση του πόνου του ασθενούς (Dunniece, 2000).

7.1.3. Ο νοσηλευτής ως κρίκος ανάμεσα στους άλλους επαγγελματίες υγείας

Προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας που προκαλούν αλληλοεπικαλύψεις καθηκόντων ή αδυναμία συντονισμού της ομάδας, έχουν ως αποτέλεσμα την δυσκολία δημιουργίας ενός κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και στην ομάδα μ' αποτέλεσμα να επικρατεί από τον ίδιο η αίσθηση ότι η φροντίδα δεν είναι συνεχής. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι ικανότητες επικοινωνίας του νοσηλευτή και η ανάληψη του ρόλου του ως συνδετικού κρίκου ανάμεσα στους άλλους επαγγελματίες υγείας και ως διαχειριστή πληροφοριών αποδεικνύονται πολύτιμες. Πολυτιμότερη δε όλων είναι η διαρκής ενασχόληση του και η συνεχής ενημέρωση του για τις ανάγκες του ασθενούς, καθώς και ο σχεδιασμός προγράμματος και η εφαρμογή παρεμβάσεων, για την ολοκληρωμένη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών τόσο του ασθενούς που πονά όσο και των συγγενών του. Βέβαια απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη της ολιστικής αντιμετώπισης του πόνου είναι ο νοσηλευτής να ακούει, να διστάζει και να μοιράζεται την εμπειρία του ασθενούς βλέποντας την μέσα από την ίδια την συναισθηματική, γνωσιολογική και ψυχολογική σκοπιά που ο ασθενής έχει υιοθετήσει. Μ' άλλα λόγια θα πρέπει να επικοινωνεί στενά με τον ασθενή.

Πώς όμως επικοινωνεί και τι είδους επικοινωνία αναπτύσσει, ώστε να αποβεί αποτελεσματική προϋπόθεση μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης στην αντιμετώπιση του αλγούντα ασθενή; (Tschudin, 1997).

7.1.4. Ο νοσηλευτής ως μέσω επικοινωνίας

Η Νοσηλευτική ως πράξη είναι και επικοινωνία, με στόχο σαφή τη δημιουργία σχέσης φροντίδας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή. Όλες οι προσπάθειες των νοσηλευτών επικεντρώνονται στο να διαμορφωθεί μια σχέση επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των ίδιων ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι που από κοινού έθεσαν ως προτεραιότητα τους. Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να δημιουργεί διαύλους επικοινωνίας με τον ασθενή, να αποκωδικοποιεί λεκτικές και μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας και να τις μεταβιβάζει στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Η λεκτική επικοινωνία τόσο με τον άρρωστο όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας βοηθά το νοσηλευτή να κατανοήσει και να αξιολογήσει την επίδραση των παρεμβάσεών του και την αποτελεσματικότητά τους.

Αλλά και οι μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας είναι επίσης αυτές που αποτελούν τη βάση και ιδιαιτερότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, και έχει βαρύνουσα σημασία η αποκωδικοποίηση του μηνύματος και η μετάδοση του στον δέκτη. Επίσης ο νοσηλευτής αναλαμβάνει συχνά να μεταφέρει και να επεξηγήσει στον ασθενή πολύπλοκες ορολογίες λαμβάνοντας υπόψη πάντοτε το γνωστικό και κοινωνικό επίπεδο του ίδιου και του περιβάλλοντός του, χωρίς να υπάρχει διάθεση απόκρυψης ή αλλοίωσης της εννοιολογικής σημασίας. Απώτερος στόχος του είναι να παραμείνει σαφής, ακριβής και αντικειμενικός, χαρακτηριστικά που δεν αποκλείουν αλλά φέρνουν στην επιφάνεια άλλη μια μορφή του νοσηλευτή, αυτή του συνηγόρου του ασθενούς (Leddy, 1998).

7.1.5. Ο νοσηλευτής ως συνήγορος του ασθενούς

Η ιεραρχική σχέση που υπάρχει ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, όπως π.χ. στο ιατρικό προσωπικό και τον ασθενή, καθώς και η χρήση ιατρικών ορολογιών μη κατανοητών

πολλές φορές όπως προαναφέρθηκε, προκαλούν συναισθήματα φόβου, ανησυχίας και άγχους στον ασθενή τα οποία καταρρίπτονται μόνο μέσα από μια πλήρη κατανοητή και ειλικρινή επικοινωνιακή πολιτική που ο νοσηλευτής μπορεί να αναπτύξει σε μια βάση ισοτιμίας. Ισοτιμία που προϋποθέτει βέβαια, την αποδοχή του ασθενούς από το νοσηλευτή ως ολοκληρωμένη αυτόνομη προσωπικότητα, της οποίας τις αξίες και τα δικαιώματα του θα πρέπει να υπερασπιστεί, ανεξάρτητα από το δικό του σύστημα αξιών. Η φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής, οι στόχοι που θέτει για την προσέγγιση του πόνου, η επιλογή θεραπευτικών παρεμβάσεων και η αντιμετώπιση του ως πολυδιάστατης ολότητας παραπέμπουν και αναδεικνύουν μια άλλη πλευρά της Νοσηλευτικής Επιστήμης αυτήν της διαφορετικότητας στην αντίληψη σε σχέση με άλλες επιστήμες υγείας (Newman, 1991).

7.1.6. Ο νοσηλευτής και η αντιληπτική του ικανότητα

Ο νοσηλευτής σχεδιάζει, προτείνει και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις εκείνες που σύμφωνα με την γνώμη του θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει την εμπειρία του δικού του πόνου καθώς και τις συνέπειες που προκαλεί σ' αυτόν και το περιβάλλον του. Κινείται, καταγράφει και αξιολογεί πληροφορίες σε πολλά επίπεδα της ίδιας εμπειρίας, συμπληρώνοντας και συνδέοντας πιθανόν ασήμαντες για άλλους επαγγελματίες υγείας πληροφορίες σ' ένα σημαντικό σύνολο πληροφοριών που καλύπτουν πολλαπλές διαστάσεις του φαινομένου του πόνου.

Για παράδειγμα στην περίπτωση ενός ασθενούς που βιώνει πόνο, ο νοσηλευτής δεν θα προβληματιστεί μόνο για τις δόσεις των αναλγητικών φαρμάκων που θα χορηγηθούν στον ασθενή. Οφείλει και πρέπει να προβληματιστεί και να προσλάβει πληροφορίες για το κοινωνικό, πολιτιστικό επίπεδο του ασθενούς, γνωρίζοντας ότι ο πόνος βιώνεται, και προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις και διαταραχές στην συμπεριφορά του ασθενούς. Θα αναρωτηθεί και θα εκτιμήσει τις οικονομικές επιπτώσεις του πόνου τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του, θα προσπαθήσει να συλλέξει τις πληροφορίες εκείνες που θα του επιτρέψουν να ενεργοποιήσει κι άλλους επαγγελματίες υγείας, και θα προσαρμόσει τις θεραπευτικές του στρατηγικές ανάλογα με τις αξίες τις εμπειρίες και τα πιστεύω του ασθενούς.

Σύμφωνα με την KING : μέσα από την αντιληπτικότητα των νοσηλευτών, οι αθέατες ανάγκες γίνονται αντιληπτές με την διαίσθηση, προσεγγίζονται για να μπορέσουν να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας και συνυπάρχουν μαζί με την αντίληψη των φανερών και πραγματικών αναγκών του ασθενούς.

Η διαφορετική αυτή επαγγελματική αντίληψη αναπτύσσεται διαισθητικά και πέρα από το τυπικό γνωσιολογικό επίπεδο μέσα από την αρχή της φροντίδας που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Μια τέχνη φροντίδας που διαφαίνεται σε κάθε νοσηλευτική παρέμβαση και ιδιαίτερα στις παρεμβάσεις που γίνονται για την ανακούφιση του πόνου του αρρώστου ολιστικά και περιλαμβάνουν και την φροντίδα της ψυχής του (Newman,1997).

Κεφάλαιο 8^ο

8.1.Νοσηλευτική διεργασία

8.1.1^η κλινική περίπτωση

Ένας 68 χρόνος άνδρας χρόνια υπερτασικός αλλά η πίεση του τώρα είναι υπό έλεγχο. Ο ασθενής εισήρθε στα Τ.Ε.Π με υποφερτό πόνο στο μεγάλο δάχτυλο του ποδιού του. Το δάχτυλο του ποδιού είναι κόκκινο και ευαίσθητο κατά την αφή. Ο ασθενής αναφέρει ότι πονάει και είναι οδυνηρό κατά την επαφή με άλλα αντικείμενα. Δηλώνει ότι πονάει περισσότερο την νύχτα και περιγράφει τον πόνο ως σφίξιμο. Η διάγνωση των γιατρών είναι ουρική αρθρίτιδα. Ο ασθενής αναφέρει ότι η μητέρα του είχε ουρική αρθρίτιδα, αλλά πρώτη φορά ο ασθενής έχει αυτά τα συμπτώματα και θεωρεί ότι είναι επώδυνο. Ο ασθενής βαθμολογεί τον πόνο του 8 στην κλίμακα 1-10.

Νοσηλευτική διεργασία 1^ο περιστατικού

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Αφόρητος πόνος στο αριστερό δάχτυλο του ποδιού λόγω ουρικής αρθρίτιδας</p> <p>βαθμολόγηση πόνο 8/10</p>	<p>§ Μείωση του πόνου</p> <p>§ Αποκατάσταση και κίνηση του αριστερού δαχτύλου</p>	<p>§ Χορήγηση φαρμάκων για τον πόνο</p> <p>§ Λήψη μέτρων για τα συμπτώματα ουρικής αρθρίτιδας</p> <p>§ Εργαστηριακός έλεγχος</p> <p>§ Λήψη ζωτικών</p> <p>§ Αξιολόγηση του πόνου κάθε 2 ώρες ενώ ο ασθενής είναι ξύπνιος</p> <p>§ Αξιολόγηση του ασθενή μετά από 48 ώρες στην ικανότητα της κίνησης του δάχτυλου στο πόδι</p>	<p>§ Χορηγήθηκε colchicine για την μείωση του πόνου και του πρηξίματος σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>§ Μειώθηκε σημαντικά η λήψη τροφών που περιέχουν ερυθρό κρέας και θαλασσινά, τα αναψυκτικά και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.</p> <p>§ Αποφεύχθηκαν τα μεγάλα γεύματα κυρίως κατά τις βραδινές ώρες.</p> <p>§ Έγινε πρόσληψη 2-3 λίτρων υγρών ημερησίως.</p> <p>§ Περιορίστηκαν τα λιπαρά και έγινε σύσταση για χάσιμο βάρους.</p> <p>§ Εκπαιδεύτηκε ο ασθενής στην αναγνώριση πρώιμων σημείων και συμπτωμάτων της ουρικής αρθρίτιδας</p> <p>§ Αξιολογήθηκε ο πόνος κάθε 2 ώρες και βαθμολογήθηκε κάτω από 4/10</p> <p>§ Μετά από 48 ώρες από την έναρξη του colchicine ο ασθενής έχει πλήρη κίνηση χωρίς πόνο στο δάχτυλο του ποδιού του</p>	<p>§ Ο ασθενής αναφέρει μείωση του πόνου με βαθμολόγηση κάτω από 4/10, το οίδημα έχει υποχωρήσει και αναφέρει καλή κινητικότητα του πάσχοντος μέλους</p> <p>§</p>

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Διαταραχή της κινητικότητας λόγω του πόνου</p>	<p>§ Επίτευξη μέγιστης δυνατής κινητικότητας</p>	<p>§ Λήψη μέτρων για την αύξηση της κινητικότητας</p> <p>§ Διατήρηση επαρκών επιπέδων θρέψης</p>	<p>§ Ενθάρρυνση ασθενούς να εκτελεί όσο περισσότερες δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης</p> <p>§ Εξασφαλίστηκαν επαρκείς περίοδοι ανάπαυσης</p> <p>§ Χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p> <p>§ Μείωση του φόβου του ασθενούς για πτώση και τραυματισμό</p> <p>§ Δόθηκε στον ασθενή μπαστούνι</p> <p>§ Χορηγήθηκαν οι απαιτούμενες θερμίδες για την κάλυψη των ημερήσιων αναγκών του</p> <p>§ Επαινέθηκε και ενθαρρύνθηκε ο ασθενής για τις προσπάθειες του</p>	<p>§ Ο ασθενής θα επιτύχει την μέγιστη δυνατή κινητικότητα</p>

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Ελλιπής γνώση σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία, τη διαίτα λόγω έλλειψης πληροφόρησης</p>	<p>§ Ο ασθενής να αποκτήσει σωστή πληροφόρηση σχετικά με την ασθένειά του.</p>	<p>§ Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων του ασθενούς και του συγγενικού του περιβάλλοντος</p> <p>§ Αξιολόγηση του μορφωτικού επιπέδου του ασθενούς</p> <p>§ Πληροφόρηση του ασθενούς για την ασθένεια του με απλά και κατανοητά λόγια</p> <p>§ Χρήση οπτικών βοηθημάτων</p> <p>§ Εμπλοκή του ασθενούς στο σχέδιο φροντίδας</p>	<p>§ Αξιολογήθηκε το επίπεδο γνώσεων του ασθενούς και του συγγενικού περιβάλλοντος και κατόπιν δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια</p> <p>§ Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις και προτάσεις που μπορούσαν να γίνουν κατανοητές σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς</p> <p>§ Εξηγήθηκαν στον ασθενή οι διαδικασίες, η διαίτα, η θεραπεία και η φροντίδα που αφορούν την ασθένεια του σε κατανοητή γλώσσα για την αποφυγή λάθους.</p> <p>§ Χρησιμοποιήθηκαν εικόνες κατά την ώρα επεξήγησης προκειμένου ο ασθενής να θυμάται καλύτερα τις πληροφορίες που του δόθηκαν</p> <p>§ Ενεπλάκει ο ασθενής στο σχέδιο φροντίδας έτσι ώστε να είναι πιο συνεργάσιμος και να έχει λιγότερο άγχος.</p>	<p>§ Ο ασθενής αναφέρει ότι έχει κατανοήσει τις πληροφορίες που του δόθηκαν σχετικά με την ασθένειά του.</p>

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Άγχος που σχετίζεται με την ελλιπή γνώση που αφορά την ασθένεια</p>	<p>§ Εξάλειψη του άγχους</p>	<p>§ Αξιολόγηση του επιπέδου ανησυχίας.</p> <p>§ Χρήση θεραπευτικής επικοινωνίας</p> <p>§ Ακριβής πληροφόρηση του ασθενούς</p> <p>§ Συνεργασία του ασθενούς με όλους τους επαγγελματίες υγείας.</p> <p>§ Συμμετοχή συγγενικού περιβάλλοντος</p> <p>§ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</p>	<p>§ Αξιολογήθηκε το επίπεδο άγχους του ασθενούς και εφαρμόστηκαν άμεσα παρεμβάσεις εξάλειψης του.</p> <p>§ Μέσω της χρήσης της θεραπευτικής επικοινωνίας ο ασθενής απέκτησε εμπιστοσύνη και είναι πιο συνεργάσιμος.</p> <p>§ Δόθηκε ακριβή πληροφόρηση στον ασθενή σχετικά με την ασθένεια του, ενθαρρύνθηκε να συμμετάσχει στις νοσηλευτικές διεργασίες και ελαττώθηκε το άγχος</p> <p>§ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να εμπιστευθεί την ομάδα φροντίδας</p> <p>§ Επιτράπηκε στους συγγενείς να βρίσκονται κοντά στον ασθενή προκειμένου να αισθάνεται πιο ήρεμος</p> <p>§ Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον, μακριά από θορύβους.</p>	<p>§ Ο ασθενής αναφέρει μείωση του άγχους</p>

8.1.2.2¹ κλινική περίπτωση

Ασθενής 40 χρονών γυναίκα εισήλθε στο νοσοκομείο με οξύ πόνο στο κεφάλι. Η ασθενής αναφέρει μια ετερόπλευρη εντόπιση του πονοκέφαλου, τάση για εμετό και φωτοφοβία. Η ασθενής περιγράφοντας τον πόνο τον βαθμολογεί 8 σε κλίμακα 0-10 με μεγάλη ένταση. Επίσης δήλωσε ότι πάσχει συχνά από πονοκεφάλους, αλλά πρώτη φορά αντιμετωπίζει τόση μεγάλη διάρκεια και ένταση. Επιπλέον δήλωσε πως ο πόνος στο κεφάλι εμφανίστηκε μετά από έντονη δραστηριότητα. Μετά από αξονική και μαγνητική εγκεφάλου που έγιναν η ιατρική διάγνωση είναι ημικρανία.

Νοσηλευτική διεργασία 2^ο περιστατικού

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Οξύς πόνος στο μισό ημισφαίριο του κεφαλιού και βαθμολόγηση πόνου 8/10</p>	<p>§ Μείωση του πόνου</p>	<p>§ Χορήγηση φαρμάκων για τον πόνο voltaren 75-150mg</p>	<p>§ Χορηγήθηκε φάρμακο για την μείωση του πόνου</p>	<p>§ Μείωση του πόνου και βαθμολόγηση 4/10</p>

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<ul style="list-style-type: none"> § Κεφαλαλγία 	<ul style="list-style-type: none"> § Εξάλλειψη της κεφαλαλγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> § Αναζήτηση παραγόντων που φαίνεται να επιδεινώνουν ή να ανακουφίζουν τον πονοκέφαλο. § Καθορισμός τρόπου ανταπόκρισης του ασθενούς στον πόνο. § Λήψη μέτρων για την ανακούφιση από τον πονοκέφαλο. 	<ul style="list-style-type: none"> § Μείωση των ερεθισμάτων από το περιβάλλον. § Περιορίστηκαν οι επισκέψεις. § Ελαχιστοποιήθηκαν οι κίνδυνοι αιφνίδιων κινήσεων. § Λήφθηκαν μέτρα πρόληψης για την αποφυγή αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης. § Χρησιμοποιήθηκαν μη φαρμακευτικοί τρόποι ανακούφισης από τον πονοκέφαλο. § Χορηγήθηκαν μη ναρκωτικά αναλγητικά ή κωδεΐνη σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. 	<ul style="list-style-type: none"> § Ο ασθενής θα ανακουφιστεί από τον πονοκέφαλο όπως φαίνεται από : § Τη λεκτική έκφραση της ανακούφισης από τον πονοκέφαλο § Την ήρεμη έκφραση του προσώπου και της θέσης σώματος. § Την αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες.

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
§ Τάση για εμετό και φωτοφοβία	§ Υποχώρηση συμπτωμάτων	<ul style="list-style-type: none"> § Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου § Χορήγηση οξυγόνου στα 7 λίτρα § Αξιολόγηση του πόνου κάθε 2 ώρες § Εκπαίδευση ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> § Χορηγήθηκε αντιεμετικό φάρμακο για την υποχώρηση του εμετού § Αξιολογήθηκε ο πόνος και βαθμολογήθηκε κάτω από 4/10 § Εκπαίδευση του ασθενή για την αντιμετώπιση κρίσεων ημικρανίας 	<ul style="list-style-type: none"> § Υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά από 24 ώρες § Σωστή εκπαίδευση του ασθενή για την αντιμετώπιση ημικρανίας

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Διαταραχές ύπνου</p>	<p>§ Να εξαλειφθούν οι αλλαγές στις συνήθειες ύπνου του ασθενή</p>	<p>§ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</p> <p>§ Ελάττωση της ποσότητας υγρών τις απογευματινές ώρες</p> <p>§ Χρήση ήρεμης μουσικής</p>	<p>§ Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον, αερίστηκε ο χώρος, χαμήλωσε ο φωτισμός, αποφεύχθηκε ο θόρυβος.</p> <p>§ Ελαττώθηκαν οι ποσότητες των υγρών για την αποφυγή διακοπής του ύπνου τις βραδινές ώρες για ούρηση</p> <p>§ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να ακούει απαλή μουσική για την μείωση της αισθητηριακής διέγερσης</p>	<p>§ Ο ασθενής αναφέρει εξάλειψη των διαταραχών του ύπνου</p>

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Διαταραχές θρέψης, ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος λόγω των εμέτων και της ανορεξίας</p>	<p>§ Διατήρηση επαρκούς θρέψης του ασθενούς</p>	<p>§ Αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων υποθρεψίας</p> <p>§ Λήψη μέτρων για τη διατήρηση επαρκούς θρέψης</p> <p>§ Εναλλακτικές μέθοδοι διατροφής</p>	<p>§ Ζυγίστηκε ο ασθενής</p> <p>§ Στάλθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις μέτρησης λευκωματίνης, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, τρανσφερρίνης και λεμφοκυττάρων</p> <p>§ Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p> <p>§ Έγινε σύσταση στον ασθενή να αυξήσει τις δραστηριότητες του</p> <p>§ Σχεδιασμός διαιτολογίου για την επιλογή των καταλληλότερων και πιο αποδεκτών από το ασθενή τροφών</p> <p>§ Δόθηκαν συμβουλές για ανάπαυση πριν τα γεύματα</p> <p>§ Διατήρηση καθαρού και ήρεμου περιβάλλοντος</p> <p>§ Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε θέση Fowler για το γεύμα</p> <p>§ Έγινε χρήση ολικής παρεντερικής διατροφής για την πλήρη κάλυψη των αναγκών του ασθενή σε θερμίδες.</p>	<p>§ Ο ασθενής διατηρεί καλή θρέψη όπως φαίνεται από:</p> <p>§ Το βάρος στα φυσιολογικά όρια για την ηλικία και τον ιδιοσυστασικό τύπο του ασθενούς</p> <p>§ Τα φυσιολογικά επίπεδα λευκωματίνης, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, τρανσφερρίνης και λεμφοκυττάρων</p> <p>§ Τη βελτίωση της ανοχής στην κόπωση</p> <p>§ Τον υγιή στοματικό βλεννογόνο</p>

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Ελλιπής γνώση σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία, τη διαίτα λόγω έλλειψης πληροφόρησης</p>	<p>§ Ο ασθενής να αποκτήσει σωστή πληροφόρηση σχετικά με την ασθένειά του.</p>	<p>§ Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων του ασθενούς και του συγγενικού του περιβάλλοντος</p> <p>§ Αξιολόγηση του μορφωτικού επιπέδου του ασθενούς</p> <p>§ Πληροφόρηση του ασθενούς για την ασθένεια του με απλά και κατανοητά λόγια</p> <p>§ Χρήση οπτικών βοηθημάτων</p> <p>§ Εμπλοκή του ασθενούς στο σχέδιο φροντίδας</p>	<p>§ Αξιολογήθηκε το επίπεδο γνώσεων του ασθενούς και του συγγενικού περιβάλλοντος και κατόπιν δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια</p> <p>§ Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις και προτάσεις που μπορούσαν να γίνουν κατανοητές σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς</p> <p>§ Εξηγήθηκαν στον ασθενή οι διαδικασίες, η διαίτα, η θεραπεία και η φροντίδα που αφορούν την ασθένεια του σε κατανοητή γλώσσα για την αποφυγή λάθους.</p> <p>§ Χρησιμοποιήθηκαν εικόνες κατά την ώρα επεξήγησης προκειμένου ο ασθενής να θυμάται καλύτερα τις πληροφορίες που του δόθηκαν</p> <p>§ Ενεπλάκει ο ασθενής στο σχέδιο φροντίδας έτσι ώστε να είναι πιο συνεργάσιμος και να έχει λιγότερο άγχος.</p>	<p>§ Ο ασθενής αναφέρει ότι έχει κατανοήσει τις πληροφορίες που του δόθηκαν σχετικά με την ασθένειά του.</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ανίσογλου Αναστασιάδου Γ. (1994). Υποδοχείς οπιοειδών θεγατική αναισθησιολογία και εντατική ιατρική.
- Βασιλάκος Δ., (1998) : Βελονισμός μια μέθοδος θεραπείας. Εκδόσεις κώδικας. Θεσσαλονίκη.
- Ευαγγελάτος Ν.Γ., Βαϊόπουλος Α.Γ.(2008). «Ολιστική Ιατρική: Ολική Επαναφορά». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(6): 790 –798. www.mednet.gr
- Ιατρού Χ., (2003). Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο. Ελληνικό περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής 1: 48-57.
- Καλλιστράτος Η., 2004. «Θεωρίες του πόνου», 18^ο Συνέδριο ελληνικής εταιρείας φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα
- Λουπασάκης Α., (1998). Βελονισμός σύγχρονες και παραδοσιακές απόψεις, Εκδόσεις Επιστημονικού κέντρου βελονισμού. Αθήνα.
- Μαϊδάτση Π., (1999). Νευροφυσιολογία του πόνου. University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
- Ντίνκα Λ., 2004. «Οξύς και χρόνιος πόνος», 18^ο Συνέδριο ελληνικής εταιρείας φυσικοθεραπείας, 3-5 Δεκεμβρίου 2004, Αθήνα
- Παπαβασιλείου Ι.Θ., Ρόζος Β.Π., (1979). Εγχειρίδιων ιστορίας της Ιατρικής. Τόμος Α΄, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- Παπαδάτου Α., (2008). Οδοιπορικό στα χρώματα της ύπαρξης. Reiki time. N12, 22.
- Παπαδόπουλος Γ., Φίλος Κ., Ιατρού Χ., Βρετζάκης Γ., (2004). Περιεγχειρητική Ιατρική. Εκδόσεις Γέφυρα. Ιωάννινα.
- Παππά Θ.(1998). Ο Αρρωστος έχει καρκίνο : Εξελιξεις στην ογκολογία 1997. Πρακτικά 5ου Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας . Παγκράτια Ένωση Βιοϊατρικής Έρευνας Επιμ. Γεωργούλιας Β.Α. Ηράκλειο Κρήτης,1998:167-171

Ξενόγλωσση

- Borsook D., LeBel A., McPeck B., (1998). Εγχειρίδιο αντιμετώπισης του πόνου. Μετάφραση-επιμέλεια: Καμβύση-Δέα Σ. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Cailliet R. Pain (1993). Mechanisms and Management F.A. Davis Company.
- Dunniece U, Slevin E. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing* 2000,32(3): 611-618.
- Hayfield R., (1998). Ομοιοπαθητική: Πρακτικός οδηγός για την καθημερινή φροντίδα της υγείας. Εκδόσεις Ψυχάλου. Αθήνα.
- Lipman A.G., (1996). Analgesic drugs for neuropathic and sympathetically maintained pain.
- Marks C., (1997). Ομοιοπαθητική, πρακτικός οδηγός. Εκδόσεις Μέδουσα/Σέλας. Αθήνα.
- Marshall D., (1996). Pain Mechanisms and pain syndromes: An updated review. Refresher course syllabus. IASP committee on Refresher courses. Ed: James N. Cambell.
- Meltzak R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1: 277-299.
- Millan M.J. (2002). Descending control of pain. *Prog. Neurobiol.* 66:355- 74.
- Moore T. Care of the Soul. Harper Collins, New York. 1992
- Slevin E.,(1999). Use of presence in community health care nursing. In: *Interaction for practice in Community Nursing*: Macmillan Press, 1999:24-48.
- Spross JA, McGuire DB, Schmitt R. Oncology Nursing Society position paper on cancer pain. *Oncol Nurs Forum* 1990, 17: 595-614, 751-760, 825, 944- 955.
- Tschudin V. Nursing as a Moral Art. In: Marks- Maran-D, Pat R. *Reconstructing Nursing. Beyond Art and Science.* : Bailliere Tindall 1997: 78.
- Watson J. *Nursing: Human Science and Hyman care.* NY, National League for Nursing.

ΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- www.iama.gr/homeo/article παρελήφθη 25/9/2016
- www.sigmalive.com/lifestyle/healthy παρελήφθη 10/1/ 2017
- <http://www.xroniosponos.gr> παρελήφθη 2016